

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1970

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

GUY LESSIEUX

Externe des Hôpitaux de Paris

né le 13 Mai 1942 à Neuilly-sur-Seine

Présentée et soutenue publiquement le

3 JUIL. 1970

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU
TETRACOSACTIDE DANS LES AFFECTIONS
NEUROLOGIQUES MÉDICALES GRAVES

Président : M. GROSSIORD, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1970

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

GUY LESSIEUX

Externe des Hôpitaux de Paris

né le 13 mai 1942 à NEULLY / Seine

Présentée et soutenue publiquement le

3 JUIL. 1970

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU

TETRACOSACTIDE DANS LES AFFECTIONS

NEUROLOGIQUES MEDICALES GRAVES

Président : M. GROSSIORD

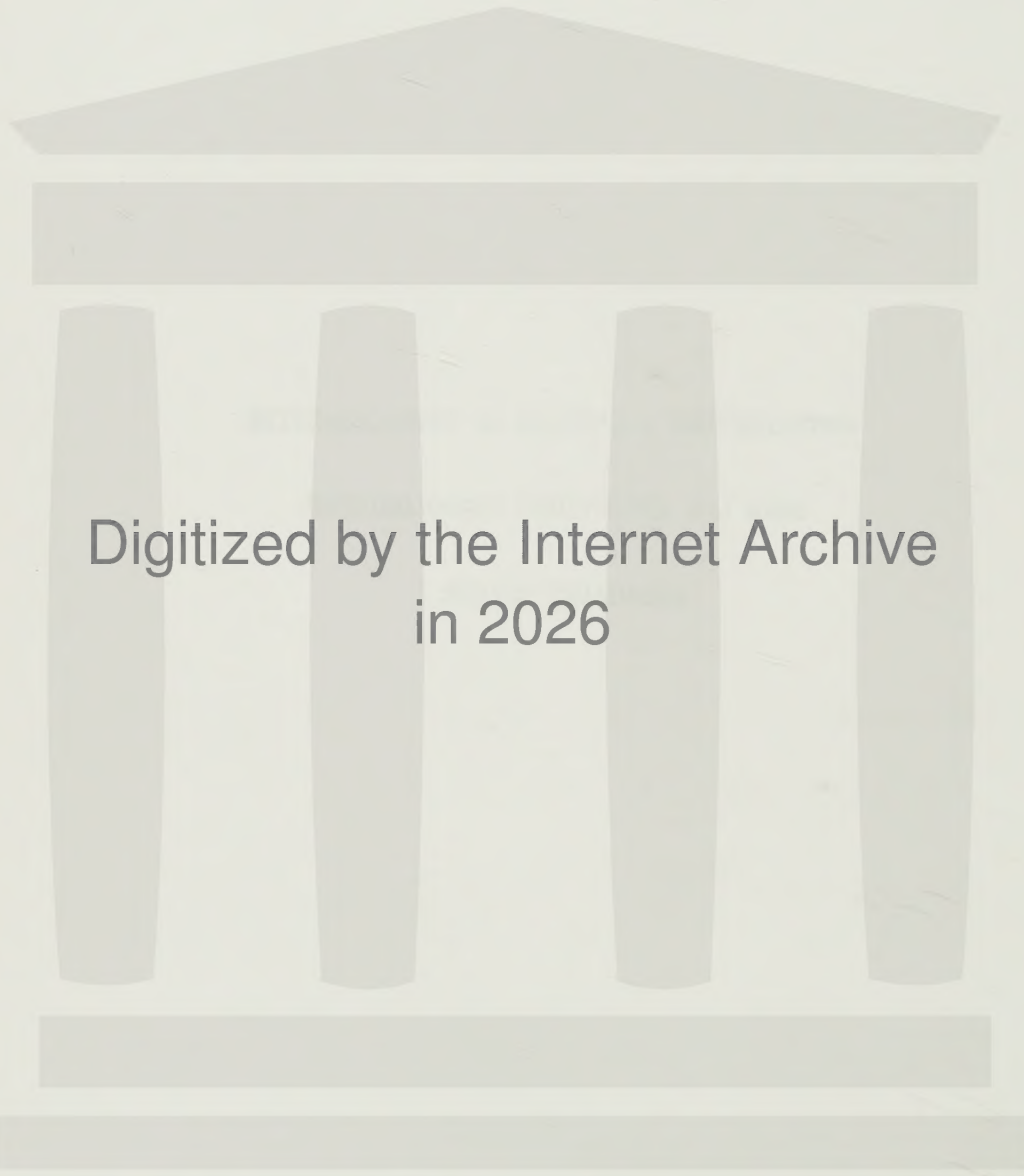
Professeur



CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TETRACOSACTIDE

DANS LES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

MEDICALES GRAVES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551512_0006

A mes parents

Aux sacrifices desquels je dois de présenter

aujourd'hui cette thèse

A ma Femme

A ma Fille

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GROSSIORD

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris - Ouest

Professeur de Clinique de rééducation motrice à la Faculté

qui m'a fait le très grand honneur

d'accepter la présidence de cette thèse

en hommage respectueux

A Monsieur le Docteur GLAISSE

Médecin des Hôpitaux de Paris

Qui m'a fourni le sujet de cette thèse
qu'il trouve ici la modeste expression
de ma vive gratitude

A Monsieur le Docteur DALAYEUN

Professeur agrégé de Thérapeutique

Qui a bien voulu m'apporter son aide

pour cette thèse

En témoignage de ma profonde reconnaissance

A Madame le Docteur FONTAINE

En remerciement de son aide

A Monsieur le Professeur MERKLEIN
Professeur de Pathologie Expérimentale
Membre de l'Académie Nationale de Médecine
et Médecin de l'Hôpital SAINT-LOUIS

en respectueux hommages

A mes Maîtres des hôpitaux (Externat)

Monsieur le Docteur LAZARD

Monsieur le Docteur DETRIE

Monsieur le Docteur CLAISSE

Monsieur le Professeur HAMBURGER

Monsieur le Docteur QUERIAULT

40

A Mesdames les Surveillantes

A Madame la secrétaire

A Messieurs et Mesdames les infirmiers

A Messieurs et Mesdames les rééducateurs

Du service de Médecine et de réadaptation médicale

du Docteur CLAISSE

Hôpital RAYMOND POINCARÉ - GARCHES (92)

I - INTRODUCTION

I. HISTORIQUE DE LA DECOUVERTE DE L'A.C.T.H. SYNTHETIQUE.

Evans en 1924 montre que l'extrait de lobe antérieur d'hypophyse stimule électivement la sécrétion cortico-surrénale. D'autre part, Smith et Forster, en 1926, observent qu'après hypophysectomie la cortico-surrénale s'atrophie mais par contre que la médullo-surrénale n'est pas modifiée.

En 1940, on extrait de l'hypophyse (de mouton) une fraction protéique qui, injectée à des rats préalablement hypophysectomisés, stimule l'activité cortico-surrénale.

Deux ans après, on précise le poids moléculaire de cette hormone protéique : 20.000 environ (chaîne comprenant 200 acides aminés).

En 1943, Savers et White isolent de l'hypophyse de porc une protéine de même poids moléculaire que la protéine extraite de l'hypophyse de mouton.

En 1949, Hench et ses collaborateurs observent que l'A.C.T.H. possède une action anti-inflammatoire similaire à celle de la Cortisone, par l'intermédiaire de son effet stimulant sur le cortex surrénal.

Les progrès des méthodes d'isolement et de fractionnement des protéines permettent de montrer que l'extrait d'hypophyse de mouton renferme une chaîne polypeptidique de 39 acides aminés dont le poids moléculaire est voisin de 4500 et qui est plus actif que la substance isolée précédemment (Li et collaborateurs en 1954). Un an plus tard, la structure de la molécule d'A.C.T.H. est établie en totalité.

En 1956, Bell montre que l'hormone n'est pas affectée par la perte des 11 ou 15 derniers acides aminés de la chaîne.

Quelques années plus tard, il est formellement prouvé que les 24 premiers acides aminés de l'A.C.T.H. chez le mouton, le porc et le boeuf sont identiques (et aussi chez l'homme, ce qui a été démontré plus tard).

En 1960, Li et ses collaborateurs, de même que Schwyzer réussissent la synthèse d'une chaîne comprenant les 19 premiers acides aminés de la molécule d'A.C.T.H.

L'activité biologique de cette chaîne de 19 amino-acides est comprise entre 30 et 50 % de celle de l'A.C.T.H. endogène.

En 1961, Hoffman de l'Université de Pittsburgh réussit la synthèse des 23 premiers acides aminés de la molécule d'A.C.T.H.

Schwyzet et Kappeler, eux, réussissent la synthèse des 24 premiers acides aminés : le Tetracosactide (1). Ces corps obtenus possèdent une activité corticotrope identique à celle de la corticotrophine naturelle.

II. - CARACTERISTIQUES DE TETRACOSACTIDE.

a) constitution chimique : Le Tetracosactide est une substance pure de composition constante, c'est la bêta 1-24 corticotrophine. Dénomination chimique complète : l-séryl - l-tyrosyl - l-séryl - l-méthionyl - l-glutanyl - l-histidyl - l-phénylalaninyl - l-arginyl - l-tryptophyl - glycyl - l-lysyl - l-prolyl - l-valyl - glycyl - l-lysyl - l-lysyl - l-arginyl - l-arginyl - l-prolyl - l-valyl - l-lysyl - l-valyl - l-tyrosyl - l-proline.

Poids moléculaire : 2934. Le Tetracosactide est une poudre blanc-jaunâtre lyophilisée, amorphe, soluble dans l'eau, l'acide acétique et l'alcool méthylique. Il contient 6 molécules (10 %) d'acide acétique. C'est à dire qu'il s'agit d'un Hexa acétate. A l'air humide, il contient aussi 14 à 21 molécules d'eau (7 à 10 %).

b) propriétés pharmaco-dynamiques :

1 - propriétés du principe actif : il a été prouvé à maintes reprises que toutes les propriétés physiologiques et pharmaco-dynamiques de la molécule d'A.C.T.H. en entier (1-39) sont également détenues par la séquence 1-24.

(1) Synacthène mis à notre disposition par les Laboratoires Ciba

Comme l'A.C.T.H. naturelle, le Tetracosactide détermine chez le rat qui vient de subir une hypophysectomie :

- une stimulation de l'irrigation de la surrénale.
- un abaissement de la teneur en acide ascorbique du cortex surrénal.
- un déversement accru de corticostérone dans la veine surrénale.
- le Taux du 3^e - 5^e A. M. P. dans la cortico-surrénale est augmenté.
- la glucose 6 phosphate déshydrogénase du cortex surrénal des bovins est activée.

De plus, le Tetracosactide comme l'A.C.T.H. naturelle :

- déploie une activité mélanophoro-dilatatrice de même intensité.
- exerce une action lipolytique équivalente.
- déclenche une hypoglycémie identique.

2 - propriétés du principe actif sous forme retard : Dans le Tetracosactide retard le principe actif se présente sous la forme d'un complexe d'hydroxyde de zinc ; il s'agit d'une suspension basique et insoluble de sels de zinc sur lesquels a été précipité le Tetracosactide dans la proportion de 1 mg pour 2,5 mg de zinc. La formule galénique garantit, à partir du point d'injection, une libération progressive de la substance active dont la dégradation par les enzymes tissulaires se trouve ainsi ralentie, voire empêchée.

III.- ALLERGIE A L'A.C.T.H. et Tetracosactide.

La sensibilisation engendrée par les médicaments à base d'extraits d'A.C.T.H. constitue un inconvénient sérieux de la thérapeutique corticotrope.

Le Tetracosactide est toléré sans complication par la majorité des sujets allergiques à l'A.C.T.H.

Jusqu'à ce jour, personne n'a pu provoquer in-vivo l'élaboration d'anticorps expérimentalement décelables vis à vis du Tetracosactide.

D'autre part il n'a pas été possible de mettre en évidence un phénomène d'immunité croisé in-vivo entre le Tetracosactide et des anti-sérums, anti-A.C.T.H. naturel.

Ainsi avec le Tetracosactide le risque d'une sensibilisation est plus faible qu'avec les produits A.C.T.H. naturel. Cela peut être expliqué :

- le Tetracosactide ne renferme pas de protéines parasites.
- Le Tetracosactide représente la fraction hormonalement active de la chaîne peptidique d'A.C.T.H. humaine dépourvue toutefois de la séquence spécifique à l'espèce.

EN RESUME : l'A.C.T.H. de synthèse, récemment mis au point, présente par rapport aux A.C.T.H. d'extraction utilisés auparavant d'importants avantages : la suppression des 15 derniers acides aminés de la chaîne d'A.C.T.H. et la disparition des protéines parasites diminue dans des proportions considérables le risque de choc protéique. Il semble, d'autre part, que les 24 premiers acides aminés de la chaîne d'A.C.T.H. reconstitués par la synthèse possèdent la quasi totalité des propriétés de la molécule d'A.C.T.H. naturelle. La fabrication synthétique assure enfin la stabilité du produit et sa bonne conservation.

De très nombreuses études expérimentales et humaines ont été consacrées ces deux dernières années aux effets de l'A.C.T.H. synthétique. Dans l'ensemble, les études expérimentales ont mis en évidence un effet cortico-stimulant constant et puissant chez l'animal comme chez l'homme. Une équivalence a pu être déterminée avec l'A.C.T.H. : 1 mg de Tetracosactide correspond à 100 U. I. d'A.C.T.H. naturelle. La valeur de ce nouveau produit a permis de mettre au point des tests d'exploration de la surrénale comparables aux tests de Thorn (Bricaire)

Des études cliniques et biologiques concernant l'antigénicité du Tetracosactide et son pouvoir sensibilisant ont démontré l'excellente tolérance de ce produit par l'homme, même chez les sujets allergiques à l'A.C.T.H. (Charpin.)

Toutefois, en contrepartie de son activité, le Tetracosactide comporte évidemment toutes les conséquences métaboliques et générales d'un traitement par l'A.C.T.H. Son utilisation en thérapeutique, plus spécialement dans les traitements de longue durée, doit donc comporter un choix rigoureux des cas traités et une surveillance étroite des malades durant toute la durée du trai-

tement et après l'arrêt de celui-ci.

Les avantages de l'A.C.T.H. de synthèse, que nous venons très brièvement de rappeler, nous ont paru suffisamment intéressants pour tenter une application thérapeutique dans certaines affections neurologiques généralement sévères, pour lesquelles les traitements efficaces sont rares sinon inexistants.

2 - CHOIX DES MALADES

Nous avons d'emblée écarté de ce choix les malades atteints d'un diabète, d'un ulcère gastro-duodénal, d'une affection tuberculeuse ou d'une infection grave.

Nous avons sélectionné 40 malades atteints d'affections neurologiques dont le tableau suivant donne la répartition :

- Accidents vasculaires cérébraux récents	7
- Accidents vasculaires cérébraux anciens.....	16
- Sclérose en plaques	8
- Séquelles de traumatisme crânien	4
- Séquelles de tumeur cérébrale opérée	2
- Maladie de Friedreich	1
- Paraplégie compliquant une maladie de Hodgkin (épidurite)	1
- Accident neurologique de l'avortement	1
TOTAL	40

a) Les accidents vasculaires cérébraux récents :

Il s'agit de malades ayant constitué depuis quelques jours, parfois quelques heures, une hémip légie en rapport avec une ischémie aigüe cérébrale, due à une thrombose ou une embolie artérielle.

Il existait habituellement chez ces malades d'importants troubles de la conscience allant parfois jusqu'au coma, mais sans encombrement broncho-respiratoire majeur, ni symptôme de décérébration.

L'impression clinique était dans l'ensemble très pessimiste en raison d'une aggravation progressive des troubles neurologiques.

b) Les accidents vasculaires cérébraux anciens :

Ce groupe, le plus important, est constitué par des malades généralement âgés atteints d'une hémip légie secondaire soit à un ramollissement par

thrombose ou embolie artérielle, soit à un hématome opéré, soit même à une hémorragie cérébro-méningée.

La plupart de ces malades étaient très gravement touchés, les essais thérapeutiques précédents ayant tous échoué. Le plus souvent existaient des troubles de la conscience avec, en particulier, un état d'obnubilation et d'apathie entraînant un manque complet de coopération avec les rééducateurs du Service.

L'impression clinique chez ces malades était une fixation de leur handicap et une absence de récupération interdisant toute réinsertion sociale ou familiale.

Le traitement par le Tetracosactide fut donc entrepris dans ce groupe de malades plusieurs mois après l'accident initial (et parfois même plusieurs années après le premier épisode vasculaire). Le but du traitement était de modifier l'état psycho-moteur de façon à reprendre si possible une rééducation efficace.

c) Les scléroses en plaques :

Nous nous sommes plus particulièrement adressés aux scléroses en plaques évoluées résistantes à toute thérapeutique, y compris les plus récemment proposées (immuno-suppresseurs). En dépit de certaines réticences, la corticothérapie est généralement admise comme un des rares moyens thérapeutiques efficaces dans cette affection, sous condition d'observer une posologie correcte. Il nous a donc semblé intéressant d'essayer un A.C.T.H. de synthèse de bonne tolérance en cures relativement prolongées.

d) Les cas divers :

Enfin nous avons choisi divers malades qui tous présentaient de graves troubles neurologiques difficilement rééducables. Là encore nous espérons du Tetracosactide une action rapide et franche sur l'état psychomoteur permettant la mise en oeuvre d'une rééducation efficace, ce qui s'était avéré impossible jusqu'à là.

C'est ainsi que nous avons entrepris le traitement :

-- Dans 4 cas de séquelles de traumatismes crâniens comportant une grave

détérioration avec hypertonie majeure et cachexie.

- .. Dans une forme évoluée de maladie de Friedreich avec épisodes musculaires hyperalgiques d'installation récente.
- Dans une paraplégie par épidurite Hodgkinienne sans aucune récupération depuis plusieurs mois.
- Dans un cas d'hypertonie neuro-musculaire diffuse secondaire à un accident de 1^{er} avortement.
- Dans deux cas de tumeurs cérébrales opérées ayant laissé une hémiparaplégie sévère et un état d'obnubilation persistant.

3 - MODE D'UTILISATION DU TETRACOSACTIDE

Nous avons utilisé les trois formes actuellement commercialisées du produit, exclusivement par voie intra-musculaire :

(sauf un cas, obs. n° 23)

- Forme ordinaire dosée à 0,25 mg par ampoule
- Forme retard dosée à 0,50 mg par ampoule
- Forme retard dosée à 1 mg par ampoule

1) Le traitement initial a consisté le plus souvent en deux injections intramusculaires par 24 h. (1 injection toutes les ~~12~~ heures) de Tetracosactide ordinaire pendant une durée variable de une à six semaines. Toutefois, dans certains cas, nous n'avons employé qu'une injection quotidienne d'une ampoule par crainte d'un effet excessif, en particulier sur la tension artérielle.

2) Lorsque nous avons décidé de poursuivre le traitement de façon relativement prolongée, deux méthodes ont été essayées :

a) - Réduction progressive des doses en utilisant toujours la forme ordinaire par voie intra-musculaire à raison d'une ampoule par jour ; puis une tous les deux jours, puis tous les trois jours. Ou encore 2 ampoules par jour tous les deux jours. La durée de ce traitement de long cours par le Tetracosactide a été généralement comprise entre 1 et 4 mois.

b) - Passage de la forme ordinaire à la forme retard : Dans 3 cas nous avons relayé le traitement initial par une cure prolongée de Tetracosactide retard à raison d'une injection intra-musculaire tous les 2 ou 3 jours durant plusieurs semaines ou mois. Hormis 2 cas, pour lesquels nous avons utilisé des ampoules à 0,50 mg., tous les autres cas ont été traités par le dosage à 1 mg.

3) Enfin nous avons soumis d'emblée 11 malades à un traitement exclusif par le Tetracosactide retard à raison d'une injection intra-musculaire d'une ampoule à 1 mg. tous les 2 jours ou tous les 3 jours durant plusieurs mois.

Ces diverses posologies ont été instituées en fonction de l'âge des malades, de leur état clinique et des réponses obtenues au cours des premiers jours de traitement.

Le tableau suivant en résume les principales données.

Signalons enfin que certains malades avaient déjà reçu avant notre étude une ou plusieurs cures de corticoïdes ou d'A.C.T.H. naturelle. La proportion était faible dans les accidents vasculaires cérébraux (2 cas sur 23) mais élevée dans les cas de scléroses en plaques (7 cas sur 8). Cela nous a permis d'établir pour ces cas une comparaison des effets thérapeutiques entre le Tetracosactide et les autres corticothérapies.

	<u>Nombre de cas</u>
Tetracosactide ordinaire seul	21
Tetracosactide ordinaire relayé par Tetracosactide retard	8
Tetracosactide retard seul	11
TOTAL =	<u>40</u>

4 - SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

1 - Du point de vue clinique nous avons effectué une surveillance quotidienne des malades comportant :

a) - Examen neurologique évaluant la symptomatologie fonctionnelle (algies, contractures douloureuses, céphalées, troubles sensitifs subjectifs), l'état moteur (testing musculaire avant et après traitement), le degré des contractures, les troubles sensitifs objectifs, l'atteinte extra-pyramidale, les signes cérébello-labyrinthiques, l'état des paires crâniennes, l'atteinte cutanée et sphinctérienne, les troubles du langage.

b) - Evaluation de l'état psychique :

La sémiologie de l'activité psychique basale et les troubles de la personnalité ont servi de référence à notre étude sur l'état psychique et le comportement de nos malades. Nous entendons par ces deux rubriques la lucidité du champ de conscience, l'orientation temporelle et spatiale, les troubles de la mémoire, la thymie, l'activité synthétique de base et les troubles du caractère.

c) - Examen général du malade avec prise quotidienne ou biquotidienne de la tension artérielle, surveillance stricte de la courbe thermique, de la diurèse, de l'appétit et du poids, de l'aspect du visage, de la pigmentation cutanée, des fonctions digestives.

2 - Du point de vue biologique nous nous sommes bornés à surveiller régulièrement la glycémie, l'azotémie, les taux ioniques sanguins et urinaires, la numération formule sanguine et, dans quelques cas, le bilan hépatique, le bilan athéromateux et l'étude cytobactériologique des urines.

Enfin un électro-cardiogramme, un électro-encéphalogramme et une radiographie thoracique ont été effectuées pour chaque malade avant et après traitement.

5 - RESULTATS

a) - accidents vasculaires cérébraux récents : 7 cas

Dans ces 7 cas nous avons entrepris le traitement par le Tetracosactide très tôt après l'accident neurologique (obs. n° 2 - 3 - 8 - 13 - 23 - 27 - 31). Nous avons alors utilisé le Tetracosactide ordinaire quotidiennement pendant une à 3 semaines parfois relayé par un traitement discontinu prolongé. La plupart de ces malades étaient dans un état de sub-coma ou présentaient d'importants troubles de la conscience. De plus, leur état neuro-psychique semblait s'aggraver de jour en jour et l'on pouvait craindre^{re} une issue rapidement fatale. Deux de ces malades (obs. n° 27 et 31) avaient été opérés depuis peu d'un hématome intra-cérébral, les autres ne présentaient pas d'indications opératoires.

Il est difficile d'affirmer que ces malades souffraient d'un oedème cérébral. Les examens du fond d'oeil n'ont pas montré d'oedème papillaire évident mais des signes de sclérose artérielle évoluée avec parfois des hémorragies. Cela ne permet pas d'écarter l'éventualité d'un oedème cérébral péri-focal.

Dans 4 cas (obs. n° 2 - 3 - 13 - 31) nous avons observé une amélioration rapide comportant successivement : réveil du malade avec reprise de conscience, contrôle sphinctérien, reprise de l'alimentation orale, coopération avec le rééducateur. Le déficit moteur de type hémiplegique, parfois associé à une aphasie, ne fut pas immédiatement influencé mais le seul fait qu'une rééducation put être mise en oeuvre de façon active chez des malades conscients et alimentés normalement permettait de prévoir un pronostic tout à fait différent de celui initialement posé. 3 de ces 4 malades (obs. n° 2 - 3 - 13) évoluèrent en effet vers une récupération satisfaisante avec marche autonome ; le quatrième (obs. n° 31), opéré d'un grave hématome intra-cérébral, fut amélioré dans l'immédiat mais son déficit moteur, son état général très médiocre (escarres), ne permirent pas une rééducation

active efficace. Peu de temps après l'arrêt du traitement, une nouvelle aggravation survint qui lui fit perdre le bénéfice du traitement..

Les 3 autres cas de cette courte série (obs. n° 8 - 23 - 27) furent des échecs. Le cas n° 23 correspond au seul essai de la voie intra-veineuse (2 ampoules à 0,25 mg. par 24 h.). Une élévation franche de la tension artérielle et une poussée d'infection pulmonaire et urinaire nous contraignirent à stopper le traitement alors qu'aucune amélioration neuro-psychique n'était notée - quelques jours après l'arrêt du traitement, le malade décédait. A la suite de cette observation, nous avons refusé la voie intra-veineuse chez nos malades.

Le cas n° 27 était sans doute au dessus de toutes ressources thérapeutiques. Il s'agissait d'un coma prolongé après intervention pour rupture d'anévrisme carotidien. En dépit d'un traitement poursuivi plusieurs mois, nous n'avons pas observé d'amélioration, ni d'aggravation de l'état de cette malade.

Enfin, le cas n° 8, après une amélioration transitoire, évolua défavorablement. Il est vrai qu'il s'agissait d'une récurrence d'hémiplégie chez une femme âgée (75 ans).

b) - Accidents vasculaires cérébraux anciens : 16 cas

Sans être aussi inquiétant que dans le groupe précédent, l'état de ces 16 malades était préoccupant (obs. n° 1 - 4 - 5 - 6 - 9 - 10 - 11 - 12 - 14 - 26 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 40). Nous n'avons pas voulu entreprendre un traitement comportant des risques même mineurs chez les hémiplégiques évoluant favorablement grâce au traitement habituel. Nous avons donc réservé la cure d'A.C.T.H. de synthèse aux cas difficiles : malades sévèrement touchés, souvent atteints d'une récurrence dont on sait le mauvais pronostic ; malades chez lesquels la rééducation s'avérait difficile sinon impossible en raison d'un manque de coopération ; malades au psychisme modifié, obnubilés et apathiques, à l'intellect détérioré, parfois proche de l'état pseudo-bulbaire ; malades en mauvais état général. Dans ces conditions nous considérons

comme relativement favorables les résultats obtenus :

- 6 résultats satisfaisants avec bonne récupération motrice autorisant une marche correcte autonome, une vie de relation satisfaisante, une réinsertion sociale et familiale (obs. n° 5 - 10 - 11 - 12 - 14 - 35)

- 3 résultats incomplets (obs. n° 4 - 26 - 40)

- 7 échecs, soit par absence d'amélioration de l'état neuropsychique, soit par survenue de complications intercurrentes nous ayant contraints à cesser le traitement (obs. n° 1 - 6 - 9 - 32 - 33 - 34 - 36).

L'ensemble des résultats obtenus dans les accidents vasculaires figure sur le tableau ci-joint.

	<u>Nombre de cas</u>	<u>Ponts</u>	<u>Résultats moyens</u>	<u>Résultats</u>
Accidents vasculaires récents.....	7	3	1	3
Accidents vasculaires anciens.....	16	6	3	7
TOTAL	23	9	4	10

Nom	Age	Sexe	Diagnostic	Score
B... 1	63	H	Hémiplégie gauche Intervention : hémātome intra-cérébral. Arrivé dans le service 3 mois après l'accident vasculaire.	0
B... 2	70	F	Hémiplégie gauche récente au cours d'une crise de tachyarythmie. Mise au traitement immédiate	0
V... 3	60	H	Hémiplégie gauche. A l'intervention, hémātome fronto-capsulaire droit. Rééducation : grosses séquelles ; 1 an après, diminution de la force musculaire à gauche. Rechute. Mise au traitement immédiate.	0
P... 4	72	F	Hémiplégie droite avec aphasie. Origine vasculaire probable.	0
K... 5	62	H	Hémiplégie gauche d'origine vasculaire très probable. Antécédents d'épisodes aphasiques, régressifs, association d'une atteinte pyramidale gauche avec des éléments extra-pyramidaux. Psychisme modifié et une gêne à l'élocution. Echec de la rééducation motrice.	0
M... 6	78	F	Hémiplégie droite. Pas d'aphasie vraie.	0

ord.	Ret. (amp. / j.)	Résultat		
2 amp/j. pdt 12 js puis 1 amp/j. pdt 4 js.		Légère amélioration. Céphalées. Douleur de l'épaule gauche.	Elévation de la TA avec 2 amp/j. Collapsus cardio- vasculaire au 16ème jour de la cure. DCD	Echec
1 amp/j. pdt 17 js puis 1 amp/2 js pdt 1 mois		Amélioration de l'E. G. Récupération totale de l'hémiplégie. Psychisme redevenu normal.	Elévation de la TA au cours de la 1ère partir du traitement	Résultats re- marquables. Pas de séquelles
1 amp/j. pdt 8 js.		Amélioration de l'E. G. Pas de modification de l'hémiplégie gauche. Régression de la paralysie faciale gauche. Disparition des troubles du langa- ge.	Très bonne.	Résultat favo- rable sur cette rechute chez une ancienne hé- miplégique vas- culaire.
1 amp/j. pdt 23 js puis 1 amp/3js. pdt 2 mois		Amélioration de l'E. G. Régression incomplète de l'hémiplé- gie droite. Amélioration des troubles sphinc- tériens. Pas de modification du psychisme ni de l'aphasie.	Très bonne.	Résultat médiocre.
1 amp/j. pdt 10 js.		Amélioration des douleurs de l'hémicorps gauche. Meilleur E. G. Régression partielle de l'hémiplé- gie : marche possible. Amélioration du psychisme. Pas de modifications des contractu- res.	Très bonne.	Possibilité de reprise de la rééducation après améliorati- on de l'E. G. et du psychisme Bon résultat.
1 amp/j. pdt 25 js. puis 1 amp/2 js. pdt 50 js.		Amélioration épaule droite et lé- gère amélioration de l'hémiplégie Pas de modification de l'E. G. ni des contractures, ni du psychis- me.	Pas de modification de la T A Fausse infection Poussée infectieuse septico-pyohémique à l'arrêt du trait. DCD 15 jours après l'arrêt du trait.	Echec

	Age	Sexe	Diagnostic	Trait. antérieur (corticoïdes ou ACTH)
..	75	F	Hémiplégie gauche d'origine vasculaire, régression partielle de cette hémiplégie. Récidive gauche, 10 mois après le premier accident vasculaire. Aggravation clinique et électique.	0
.. 3	70	F	Hémiplégie gauche d'origine vasculaire. Six mois après, progressivement, détérioration psychique.	0
.. 10	55	H	Hémiplégie droite avec aphasie d'origine vasculaire : 3 accidents vasculaires cérébraux.	25 mg $\frac{1}{2}$ fois par jour Durée ?
.. 11	45	F	Hémiplégie gauche : thrombose de la sylvienne droite. Syndrome psychiatrique existant depuis longtemps.	0
.. 12	80	F	Hémiplégie droite avec aphasie d'origine vasculaire. Thrombose artérielle du M I D, nécessitant l'amputation. E. G. altéré. Douleurs importantes de l'hémicorps droit.	0
.. 13	59	F.	Hémiplégie gauche au cours d'une tachycardie supra-ventriculaire. Malade grabataire.	0
.. 14	68	F	Hémiplégie droite avec aphasie. Embolie d'origine auriculaire gauche. Malade porteuse d'un rétrécissement mitral (commissurotomie)	0

Tetracosactide		Résultats	Tolérance	Conclusions
Ord.	Ret. (amp 1 mg.)			
1 amp/j. pdt 20 js.		Légère amélioration de l'E.G. au début du traitement, puis nouvelle altération de l'E.G.. Pas d'amélioration sur aucun plan.	Augmentation de la température à l'arrêt du traitement. Aggravation de l'E.G. DCD 15 jours après arrêt du traitement.	Echec
	1 amp/2 js. pdt 70 js.	Amélioration des douleurs. Amélioration du psychisme. Contacts possibles.	Thrombose massive artérielle du M.I.G. 15 js. après l'arrêt du traitement. DCD	Amélioration durant la cure mais DCD 15 js après l'arrêt traitement.
1 amp/j. pdt 40 js. puis 1 an après 1 amp/j. pdt 8 js.		Amélioration de l'E.G. Prise de poids. Régression de l'hémiplégie droite. Diminution des troubles de la compréhension.	Très bonne.	Résultat très favorable. Amélioration de l'E.G. et du psychisme permet une meilleure
	1 amp/2 js. pdt 2 mois $\frac{1}{2}$	Diminution des douleurs hémicorps gauche. Meilleur E.G., prise de poids. Amélioration du contact psychique. Pas de modif. de l'hémiplégie ni des contractures.	TRÈS BONNE	Résultat favorable. L'amélioration a été nette sur tout durant le traitement.
1 amp/2js. pdt 3 mois		Cicatrisation des escarres. Bon E.G. Disparition des douleurs. Amélioration du psychisme.	Bonne. Quelques douleurs gastriques.	Résultat très favorable. Amélioration de l'E.G.
2 amp/j. pdt 4 js. Puis 1 amp/j. pdt 3 js		Bon état général. La malade marche seule avec une canne	Bonne	Très bon résultat sur l'E.G. A permis une rééducation efficace
	1 amp/2 js. pdt 49 js.	Amélioration de la compréhension. Fait quelques pas seule.	Bonne	L'amélioration de la compréhension a permis une rééducation efficace

nom	Age	Sexe	Diagnostic	Trait. Antérieur (corticoïdes ou ACTH)
F... 23	84	H	Etat pseudo-bulbaire : hémiplégie gauche d'aggravation récente. Troubles de la conscience, psychisme détérioré	0
C... 26	62	F	^{ASSOCIÉE} Hémiplégie droite en 1968 à un Σ pyramidal gauche. Psychisme très perturbé. Mauvais état général.	0
D... 27	62	F	Hémiplégie gauche : rupture d'un anévrysme supra-clinoïdien de la terminaison de la carotide droite. Après l'intervention, persistance de l'hémiplégie gauche, plus troubles de la conscience, sub-comateuse.	0
B... 31	71	H	Hémiplégie gauche : hématorne intra-cérébral droit opéré. Etat sub-comateux.	0
B... 32	69	H	Hémiplégie droite avec aphasie apparue en 1967. Régression partielle ; de plus ulcères de jambes compliquant la rééducation. Mauvaise coopération.	Cortancyl 5 mg. pdt 6 jours
N... 33	65	F	Hémiplégie droite : accident cérébro-méningé chez une hypertendue. Troubles de la régulation. Etat confusionnel.	0

Tetracosactide		Résultats	Tolérance	Conclus
Ord.	Retard (amp 1 mg.)			
2 amp iv/j. pdt 12 js. puis 1 amp iv/j. pdt 4 js.		Aggravation de l'E.G. Pas de modification de l'hémiplé- gie. Aggravation du psychisme.	Elévation de la TA. Poussées infect. DCD 12 js. après l'arrêt du traite- ment.	Echec
	1 amp/2 js. pdt 35 js.	Amélioration de l'E.G. Pas d'amélioration de l'hémiplé- gie. Pas d'amélioration du psychisme.	Elévation de la TA.	Résultats
2 amp/j. pdt 1 mois puis 1 amp/j. pdt 10 js. puis 1 amp/2 js. pdt 1 mois	puis 1 amp/3 js. pdt 4 mois	Aucune modification.	Petite élévation de la TA.	Echec
1 amp/j. pdt 13 js.		Amélioration de l'E.G. Régression partielle de l'hémiplé- gie gauche. <i>AMELIORATION DU CONTACT</i>	Bonne, mais 1 mois après arrêt du trait., coma : retour à l'état antérieur.	Nette amé- après le Mais rech- après arr- Résultats Rechute te
1 amp/j. pdt 13 js.		Aucune amélioration. Apparition de clochers fébriles.	50 jours après arrêt du trait., hémorragie digesti- ve. DCD	Echec
1 amp/j. pdt 3 js.		Aucune amélioration	8 jours après le début du trait., poussée tension- nelle - OAF DCD	Echec

89,	Sexe	Diagnostic	Trait. antérieur (corticoïdes ou ACTH)
0	H	Hémiplégie droite. Apparition progressive de cette hémiplégie il y a 6 ans. Pas d'aphasie, puis apparition d'une monoplégie inférieure gauche. Mauvais état général.	0
33	F	Hémiplégie droite avec paralysie faciale et aphasie motrice.	0
47	F	Hémiplégie gauche par embolie chez une porteuse d'une myocardite virale avec arythmie totale par fibrillation auriculaire. Pas de douleurs. Bon état général.	0
65	F	Hémiplégie droite avec aphasie. L'aphasie a régressé spontanément. E.G. médiocre. Peu coopérant.	0

Tetracosactide	Retard (amp 1 mg.)	Résultats	Tolérance	Résultats CONCLUSIONS
amp/3 js. 18 js. puis amp/j. 76 js. puis p/2 js. 104 js.		Aucune amélioration.	Bonne, mais 2 mois après l'arrêt du trait., infarctus du myocarde. DCD	Echec
amp/j. 21 js. puis p/2 js. 34 js.		Très gros progrès de la mar- che. Peu de régression de l'apha- sie.	Très bonne	Résultat favorable.
p/2 js. 8 js.		Aucune amélioration.	Nausées. Troubles du transit.	Echec. (Le décès est dû à l'évolution termina- le de la myocardite virale).
1 amp/2 js. pdt 15 js.		Meilleur E.G. Pas de modification de l'hémiplégie.	Poussée T.A.	Résultat médiocre.

c) - Les Scléroses en plaques : 8 cas (obs. n° 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 38)

Nous avons traité surtout des formes graves de sclérose en plaques évoluant depuis de nombreuses années, comportant une atteinte pyramidale importante, des troubles cérébello-labyrinthiques majeurs, une atteinte sensorielle et psychique - 5 de ces ~~malades~~ 8 malades étaient grabataires avec marche impossible. 2 autres (obs. n° 19 et 20) marchaient très difficilement avec deux cannes. Seule une observation (obs. n° 16) correspond à une poussée récente de la maladie.

La plupart de ces malades avaient déjà reçu une corticothérapie par l'A.C.T.H. naturelle ou par les corticoïdes. Ces thérapeutiques avaient déterminé une amélioration transitoire. Elles avaient été interrompues soit parce que leur efficacité semblait s'être épuisée, soit en raison d'effets secondaires (syndrome cushingoïde).

Le traitement par l'A.C.T.H. de synthèse a été entrepris à l'exclusion de tout autre traitement. Dans 4 cas nous avons commencé par la forme ordinaire à raison de 2 ampoules à 0,25 mg. intra-musculaire tous les jours ou tous les deux jours. Après un ^à ~~ou~~ deux mois, nous avons relayé ce traitement initial par une longue cure de Tetracosactide retard ; une injection intra-musculaire de 1 mg. tous les deux jours, puis deux fois par semaine durant un à trois mois. Dans 4 cas nous avons commencé le traitement d'emblée par la forme retard.

Compte-tenu de la gravité et de l'ancienneté de la maladie dans nos observations, les résultats obtenus nous semblent intéressants :

-- la forme aiguë récente traitée en pleine poussée (obs. n° 16) fut améliorée en une semaine. Tous les symptômes récemment apparus régressèrent rapidement, en particulier les troubles cérébello-labyrinthiques (qui interdisaient la simple station debout), l'incontinence sphinctérienne, les douleurs et les contractures. Seuls les signes pyramidaux et sensitifs persistèrent, légèrement atténués, autorisant une vie à peu près normale.

22

Dans 3 cas beaucoup plus anciens (obs. n° 19 - 20 - 21) avec atteinte neurologique apparemment invétérée, le traitement provoqua de façon indiscutable une amélioration franche : atténuation progressive des signes cérébelleux et des algies, diminution des contractures musculaires, meilleur état général, légère euphorie psychique. Si bien que nous avons pu reprendre chez ces 3 malades une rééducation active à peu près abandonnée depuis de longs mois. Les résultats en furent remarquables puisqu'une reprise progressive de la marche sans tierce personne eut lieu dans ces 3 cas. Ces malades quittèrent le service avec une autonomie relative inespérée ; l'une d'entre elles était hospitalisée depuis 3 ans.

Les résultats furent moins spectaculaires dans 4 autres cas (obs. n° 15 - 17 - 18 - 38). Dans l'observation n° 18, nous espérions également un résultat favorable étant donné le jeune âge de la malade et l'importance des troubles de l'équilibre. Or, l'action du traitement fut faible : atténuation des douleurs et des contractures, mais pas d'effet bien net sur l'atteinte cérébello-labyrinthique et finalement pas de rééducation possible de la paraplégie. Par contre, nous ^{m'} ^{pas} avons été surpris de l'échec du traitement dans les observations n° 15 et 17. Il s'agissait de malades grabataires depuis plusieurs années avec rétractions des membres inférieurs, détérioration psychique, extension aux membres supérieurs, troubles sphinctériens très anciens. L'un deux était déjà soumis à un traitement prolongé par l'A.C.T.H. naturelle, sans résultat probant. Dans l'observation n° 38, le seul bénéfice du traitement fut une amélioration de l'état général qui permit la mise au fauteuil de cette malade.

	Age	Sexe	Diagnostic	Trait. antérieur (corticoïde ou ACTH)
V... 15	61	H	Sclérose en plaques. Progressivement paraplégique, puis tetraplégique spasmodique. Neuralgie du V.	ACTH 1 amp/sem. pdt 5 ans puis ACTH retard 40 u 1 amp/sem. pdt 3 ans puis plusieurs cures de corticothérapie.
L... 16	39	F	Sclérose en plaques. Débute par des troubles de la sensibilité, puis aggravation par petites poussées successives : apparition des signes pyramidaux. En janvier 1969 : aggravation des signes cérébello-labyrinthiques, des contractures et des troubles sphinctériens.	0
B... 17	33	F	Sclérose en plaques : début à type de déficit moteur MID. Poussée successive rapide. Altération de l'état psychique. Atteinte cérébello-labyrinthique. <i>importante</i>	Nombreux traitements par corticoïdes.
C... 18	28	F	Sclérose en plaques : début à l'âge de 15 ans à type de paresthésie de l'hémicorps droit. Régression, puis hémiplegie droite régressive. Puis poussées se succédant rapidement : Σ cérébelleux, troubles de la sensibilité, Σ pyramidal des 2 MI ; assez bon état psychique.	Cortrophine retard. 1 amp/sem. pdt 4 ans Triamcinolone : 3 comp/j pdt 3 mois Betnésol : 3 comp/j pdt 6 mois

Tetracosactide

Ord.	Retard (amp 1 mg.)	Résultats	Tolérance	Conclusions
1 amp/j. pdt 1 mois puis 1 amp/2 js. pdt 20 js.	puis 1 amp/2 js. pdt 4 mois	Meilleur état général. Persistance de l'état grabataire. Aucune amélioration sur le plan psychique, et fonctionnel.	Très bonne	Résultat méli
2 amp/2 js. pdt 1 sem.	puis 1 amp/2 js. pdt 1 sem. puis 1 amp/2 fois/ sem. pdt 1 sem.	Disparition des douleurs. Amélioration de la contracture des MI. Diminution des troubles cérébello-labyrinthiques. Amélioration des troubles sphinctériens. Pas de modification des troubles moteurs ni des troubles sensitifs objectifs.	Etat d'euphorie et d'excitation psychomotrice.	Bon résultat p une poussée de Régénération des éléments récap apparus. Persistance de signes pyramic
	1 amp/2js. pdt 1 mois puis 1 amp/3 js." pdt 1½ mois	Légère amélioration des douleurs. Amélioration du psychisme. Pas de modification de la paraplégie spasmodique en triple flexion. Pas de modification des troubles sphinctériens Pas de modification de l'E.G.	Très bonne	Résultat médi cre sur ce ca de SEP. très évolué au st grabataire. Amélioration signes foncti nels, ni de tat mental.
2 amp/J. pdt 44 js.	puis 1 amp/2 js pdt 2 mois ½	Amélioration discrète des troubles fonctionnels Amélioration nette des contractures. Pas de modification de la paraplégie, ni des troubles cérébello-labyrinthiques, ni des troubles sphinctériens.	Visage légèrement arrondi. Pilosité du menton et de la lèvre supérieure.	Résultat fav ble d'une lo cure dans ce de SEP très luée. (action net sur les cont tures).

nom	Age	Sexe	Diagnostic	Trait. antérieur (corticoïdes ou ACTH)
... 49	49	F	Sclérose en plaques : début à l'âge de 36 ans par une hémiplégie gauche ^{RE} progressive. Puis poussées successives pour aboutir à une hémiplégie gauche avec hypertonicité troubles sphinctériens importants, troubles de la parole; troubles psychiques. Peu de troubles cérébello-labyrinthiques.	Perfusion iv de 50 u. d'A.C.T.H. tous les deux jours pendant 20 jours.
... 26	26	F	Sclérose en plaques : début à l'âge de 20 ans avec poussées successives associant = Σ pyramidaux et cérébello-labyrinthiques. En 1966 : paraplégie spasmodique complète. 1966 à 1969 : essais de nombreux traitements ; échec. Rééducation qui permet la marche avec deux cannes et une aide.	A.C.T.H. Deux cures de cortrophine. Betnésol.
... 58	58	H	Scléroses en plaques. Début en 1957 ; régression complète. 2ème crise en 1959 avec régression partielle. Actuellement, paraplégie avec troubles cérébello-labyrinthiques.	Cortancyl.
..." 51	51	F	Sclérose en plaques. Début en 1941 ; régression complète. 3 autres autres crises avec régression complète. Actuellement, paraplégie avec contractures, troubles cérébello-labyrinthiques, troubles sphinctériens.	Betnésol. Cortrophine. Cortancyl. Decadron.

Tetracosactide

Ord.	Retard (amp 1 mg.)	Résultats	Tolérance	Conclusions
	1 amp/2 js. pdt 15 js.	Reprise de poids. Marche très améliorée. Diminution des contractures. Amélioration des troubles sphinctériens. Amélioration de l'état psychique. Pas de modification des troubles cérébello-labyrinthiques.	Très bonne	Résultat favorable. Le traitement a favorisé la rééducation active. Amélioration de E.G., des troubles psychiques et sp tériens.
1 amp/j. pdt 10 js. puis 1 amp/2 js. pdt 2 mois puis 5 semaines après, 2 cures id entiques à la 1ère.		Disparition des troubles sensitifs, objectifs. Amélioration de l'E.G. Marche possible sans canne. Diminution des contractures. Diminution des troubles cérébello-labyrinthiques. Amélioration du psychisme.	Bonne	Résultat très favorable dans ce de SEP très sév. évoluant depuis ans et résistant toute thérapeut
	1 amp/2 js. pdt 1 mois puis 2 amp/sem. pdt 1 sem.	Marche possible avec appui. Régression des troubles cérébello-labyrinthiques.	Très bonne	Résultat favorable avec régression partielle de la paraplégie marche possible
	1 amp/2 js. pdt 1 mois	Meilleur E.G. Pas de modification des troubles fonctionnels. Possibilité de mise au fauteuil.	Très bonne	Résultat médi

d) - Séquelles de traumatismes crâniens : 4 cas

Nous avons étendu l'indication du Tetracosactide à 4 cas de graves séquelles neurologiques d'un traumatisme crânien chez des sujets jeunes (obs. n° 7 - 28 - 29 et 39). Le traitement fut institué plusieurs mois après l'accident causal, c'est à dire en dehors de la phase d'œdème cérébral ou de récupération immédiate. Ces malades avaient déjà subi sans succès des tentatives de rééducation et des traitements psycho-toniques. Tous semblaient dans un état critique : mutisme akinétique total dans l'observation n° 29, Cachexie avec rétraction des 4 membres et absence de tout contact dans l'observation n° 28, Etat d'obnubilation avec marche impossible dans l'observation n° 39, hémiplégie douloureuse et rétractée chez un Nord-Africain en mauvais état général impossible à mobiliser dans l'observation n° 7.

Dans ces observations nous avons utilisé le Tetracosactide ordinaire intra-musculaire selon les modalités habituelles déjà exposées. Les résultats ont été très favorables dans deux cas. (obs. n° 35 et 24) Atténuation des douleurs musculo-ligamentaires intenses de ces malades, régression de la rétraction capsulo-tendineuse dans laquelle intervient sans doute une part inflammatoire, diminution des contractures et facilitation des techniques de rééducation. Nous avons été également frappés par deux phénomènes : amélioration rapide de l'état général avec reprise de l'appétit et du poids, sensation de mieux-être par régression de l'asthénie et, d'autre part, modification favorable de l'état psychique dans le sens d'un éveil, d'un meilleur contact avec l'entourage ainsi qu'avec le médecin et le rééducateur, d'une orientation temporo-spatiale convenable, d'une régression voire d'une disparition de l'état confusionnel et obnubilé de ces malades. Tous ces éléments ont concouru à permettre une rééducation active et efficace et finalement à obtenir une remarquable récupération motrice avec marche autonome et espoir d'une réinsertion sociale convenable.

Dans l'observation n° 19, nous étions avant le traitement d'un grand pessimisme car cette jeune-fille était depuis plusieurs mois dans

un état de mutisme akinétique total et immuable. Or, nous avons observé après plusieurs semaines de traitement une évolution favorable, très lente mais d'un grand intérêt : réponses par gestes aux questions posées, début de la motricité volontaire des membres, coopération pour l'alimentation et la rééducation, amélioration lente de l'état général. On ne peut parler ici de bon résultat car nous n'avons pas encore obtenu de récupération motrice valable mais le Tetracosactide fut la seule thérapeutique qui réussit à interfléchir favorablement l'évolution.

Enfin, le cas n° 39 semble peu sensible au traitement bien que son état fut au départ un peu moins grave que dans les 3 observations précédentes. L'évolution lentement favorable chez ce jeune-homme ne peut être considérée à elle seule comme un résultat du traitement.

Age	Sexe	Diagnostic	Trait. antérieur (corticoïde ou ACTH)
35	H	Hémiplégie gauche après accident de voiture. Contusion cérébrale avec oedème sans hématome. Mauvais état général. Absence totale de coopération. Echec de la rééducation.	0
24	H	Oedème cérébral par traumatisme de la voie publique. Etat cachectique grabataire. Contractures très importantes.	0
19	F	Oedème cérébral post-traumatique. Etat sub-comateux. Malade grabataire. Contractures très importantes.	0
20	H	Traumatisme crânien en janvier 1969. Hémiplégie gauche, Σ cérébello-labyrinthique. Bon état général. Etat d'obnubilation.	0

Dose	Retard (amp 1 mg.)	Résultats	Tolérance	Conclusions
1 amp/j. pdt 10 js		Amélioration des douleurs de l'hémithorax. gauche. Amélioration de l'E.G. Marche possible. Amélioration des escarres. Psychisme très amélioré. Pas de modifica- tion des contractures.	très bonne	Résultats très fa- vorables. Amélioration remar- quable de l'E.G. et du psychisme permettant une rééducation active
2 amp/j. pdt 20 js Puis 1 amp/j pdt 1 sem		Diminution des douleurs. Meilleur E.G. Diminution des contractures. Amélioration du psychisme.	très bonne	Amélioration de l'E.G. et meilleu- re coopération. Permet une réedu- cation efficace. Résultat favorable
2 amp/j. pdt 1 mois Puis 1 amp/2 ss pdt 2 mois Puis 2 amp/2 ss pdt 5 ss		Légère diminution des douleurs. Légère amélioration de l'E.G. Amélioration du contact.	Bonne	Résultat moyen. Peu de modifica- tions de l'E.G. Résultat favorable sur le psychisme.
	1 amp/2 js. pdt 1 mois	Evolution lentement favorable. Persistance des troubles psychiques.	Bonne	Résultat médiocre

e) - Cas divers

Nous avons groupé ici quelques résultats du traitement dans diverses affections neurologiques n'ayant en commun que la gravité de leur atteinte.

Nous avons obtenu un résultat très appréciable par une cure de 3 mois de Tetracosactide retard dans un cas de Maladie de Friedreich (obs. n° 22) évoluant depuis l'enfance et présentant depuis peu de temps des contractures très douloureuses des membres inférieurs et une difficulté majeure de l'élocution. Sans doute s'agissait-il d'une phase évolutive de l'affection. La disparition rapide des phénomènes douloureux et la régression des contractures a permis la reprise d'une activité alors que tous les autres traitements antalgiques et décontracturants avaient échoués et qu'on avait envisagé les opiacés. Certes, des paralysies des membres inférieurs persistèrent mais les troubles du langage, de nature purement motrice, furent améliorés.

Chez une malade atteinte de paraplégie complète par épidurite hodgkinienne (obs n° 24), une cure prolongée de Tetracosactide retard fut instituée après échec et intolérance digestive à la delta-cortisone. Les résultats furent dans l'ensemble favorables tout d'abord sur l'état général ; disparition de la fièvre anarchique, amélioration de l'appétit, régression de la fatigue. Ensuite sur l'état psychique, la tendance dépressive s'effaçant peu à peu. Enfin, sur les troubles moteurs eux-mêmes, la rééducation devenant possible dans de bonnes conditions. La malade put quitter le lit, s'asseoir en fauteuil et envisager un réapprentissage de la marche avec un appareil orthopédique. Dans ce cas, à l'inverse des autres observations de cette étude, il est possible qu'un effet direct sur la cause, c'est à dire la prolifération granulomateuse maligne, ait eu lieu.

Par contre, dans deux observations de glioblastome cérébral opéré (obs. n° 25 et 37), une cure de Tetracosactide ordinaire n'apporta que peu d'amélioration et ne put éviter l'aggravation progressive des troubles neurologiques par récurrence locale précoce.

Enfin, dans un cas d'hypertonie musculaire diffuse, séquelles d'un accident de l'avortement (obs. n° 30) l'intense contracture proche de la décérébration ne fut guère influencée par le traitement (cure prolongée de Tetracosactide ordinaire), tandis que l'état psychique s'améliorait de façon trop mineure et trop lente pour pouvoir être mise sur le compte du traitement.

n	Age	Sexe	Diagnostic	Trait. antérieur (corticoïdes ou ACTH)
... 2	36	F	Maladie de Friedreich. Début à 7 ans par des troubles de l'équilibre. Aggravation progressive et lente. Apparition des signes pyramidaux des deux membres inférieurs. Contractures très importantes des M.I.. Apparition de troubles du langage.	A.C.T.H. : linj/s pdt 3 mois. Cortancyl : 2 comp/ pdt 3 mois. Decadion : 3 comp/ pdt 2 mois.
... 4	36	F	Paraplégie : épidurite due à une maladie de Hodgkin². Début en 1969 ; apparition de la paraplégie. Intervention laminectomie. Tetracosactide prenant le relai de la corticothérapie.	Cortancyl : 80 mg. Arrêt (mauvaise tolérance).
... 5	65	H	Glioblastome temporo-occipital droite. Début en 1969 (en janvier) par hémiplégie gauche. Transfert en neuro-chirurgie.	0
... 7	26	H	Glioblastome polymorphe fronto-temporal droit : Hémiplégie gauche spasmodique s'étant installée en deux mois. Intervention en neuro-chirurgie. Ablation partielle.	0
... 0	30	F	Coma d'origine abortive. Malade grabataire.	Hydrocortisone pdt 9 jours. Dose (?)

Tetracosactide

Ord.	Retard (amp. lmg.)	Résultats	Tolérance	Conclusions
	1 amp/2 js. pdt 2 mois puis 1 amp/3 js. pdt 1 mois.	Grandes amélioration des douleurs. Amélioration de l'E.G. Contractures diminuées. Amélioration de l'état dépressif.	Bonne	Résultats très rables. Régression pres totale des dou et diminution tante des contr res après échec autres traitem
2 amp/j. pdt 8 j.	puis 1 amp/2js. pdt 10 sem. puis 1 amp/3 js pdt 4 sem. puis 1 amp/sem. pdt 9 sem.	Amélioration de l'E. G. Pas de modification de la paraplégie. S'assied en fauteuil.	Très bonne	Résultat favora d'un long trai par Tetracosac puis Tetracosac retard. Amélioration de Diminution de gabilité permet une meilleure m ducation.
2amp/J. pdt 21 Js. puis 2 amp/2 Js pdt 5 Js.		Aucune modification	Bonne	DCD 3 mois aprè le début des tr Echec.
2 amp/J. pdt 9 Js. puis 1 amp/2 Js. pdt 6 Js. (à 0,5 mg.)		Aucune amélioration.	Clochers fébri- les.	DCD 15 jours ap début du traite Décès dû à une se du processus tumoral.
2 amp/J. pdt 8 Js. puis 1 amp/2 Js pdt 1 1/2 mois puis 1 amp/3 Js pdt 15 Js.		Légère diminution des douleurs. Diminution de la fièvre. Pas de modification du psychisme.	Bonne	Pas d'améliorat Echec

L'ensemble des résultats obtenus selon les différentes indications sont résumés dans le tableau suivant :

RÉSULTATS D' ENSEMBLE

CAUSES	Nombre de cas	Résultats		
		Bons	Moyens	Echecs
Accidents vasculaires cérébraux - récents - anciens	7 23 16	9	4	10
Scléroses en plaques	8	4	1	3
Traumatismes crâniens	4	2	1	1
Divers	5	2	0	3
Total	40	17	6	17

6 - RESULTATS ANALYTIQUES des effets du traitement sur le psychisme :

Sur les 40 malades examinés, 24 avaient des modifications de l'état psychique:

- 7 altérations du champ de conscience, allant du coma profond à l'état de simple obnubilation.

- 9 associations de troubles de l'activité synthétique de base, de l'orientation et de la thymie, entrant dans le cadre d'un syndrome pseudo-bulbaire ou d'un état déficitaire simple.

- 1 mutisme akinétique
- 1 état dépressif vrai
- 1 puérilisme sur fond névrotique
- 1 état d'anxiété avec éléments caractériels
- 1 état d'agitation psychomotrice avec troubles de conscience
- 1 état d'apathie et d'indifférence chez une grande algique
- 2 états de surexcitation psychomotrice secondaire.

EVOLUTION :

Certes, il est difficile d'apprécier l'effet du traitement sur certains éléments (en particulier les troubles de la conscience) qui forment un tout et suivent l'évolution générale de la maladie. Ils apparaissent en règle parallèles aux résultats d'ensemble obtenus en fonction de l'âge et de l'étiologie de l'affection.

- Action sur les troubles de la conscience -

On remarque que lorsque l'évolution générale est satisfaisante, les troubles de la conscience : coma profond ou vigil, obnubilation ou simple indifférence régressent également et de façon complète (3 cas). Dans 2 cas, ils ont cédé le pas à un état déficitaire et mnésique, voire pseudo-bulbaire irréductible. Dans 3 cas enfin, aucune modification de l'état de conscience n'a été constatée.

- Les atteintes déficitaires portant sur la mémoire, l'orientation temporo-spatiale, les troubles du jugement (9 cas auxquels pourraient s'ajouter les 2 cas du paragraphe précédent) ne se sont guère modifiés,



qu'ils aient préexisté à la thérapeutique ou qu'ils soient survenus au décours d'un réveil de la conscience.

- L'action sur la sphère affective et thymique (3 cas) a paru plus intéressante dans la mesure où l'on assiste à une inversion de l'humeur avec une reprise de contact et dans 1 cas une légère euphorie. Jamais, néanmoins, nous n'avons eu, dans ces cas où l'altération psychique pathologique était antérieure à la thérapeutique, d'état d'excitation motrice ni même d'hypomanie.

- Sur un cas d'excitation psychomotrice lié au syndrome d'hypertension intra-crânienne, nous n'avons pas obtenu de changement.

- Sur le mutisme akinétique, l'évolution a été lentement favorable et l'amélioration se poursuit encore à distance du traitement.

- Quant à l'amélioration obtenue sur l'apathie d'une malade hyperalgique, la sédation des douleurs nous a paru être l'élément déterminant dans la reprise d'une certaine activité et la disparition de son indifférence.

- Enfin les 2 cas de surexcitation psychique survenue chez des malades sans antécédent psychiatrique connu disparurent après la cessation du traitement.

On peut résumer ainsi l'action de l'ACTH de synthèse sur la sphère psychique chez nos malades :

- 1) efficacité sur les troubles du champ de conscience,
- 2) peu d'efficacité par contre sur l'élément déficitaire et mnésique,
- 3) Tendance excitative légère avec inversion thymique chez les déprimés,
- 4) possibilité d'une subexcitation psycho-motrice transitoire et réversible à l'arrêt du traitement ou à la diminution de la dose.

Ajoutons pour terminer que la thérapeutique n'a jamais entraîné chez nos malades de crise d'anxiété ni d'état psychotique aigu.

7 - TOLERANCE

L'inconvénient qui nous a paru le plus fréquent et le plus sérieux fut l'élévation du chiffre de tension artérielle après quelques jours de traitement, en particulier lorsque nous avons utilisé deux injections quotidiennes de Tetracosactide ordinaire. Ce phénomène allait de pair avec une rétention hydro-saline, une réduction de diurèse, une élévation du poids, une baisse modérée de la kaliémie. Cet incident a été surtout observé chez nos malades vasculaires, parfois d'anciens hypertendus, même en l'absence d'un chiffre de tension artérielle élevée avant le traitement. Dans le cas où nous avons utilisé la voie intraveineuse (obs. n° 23), cette brusque élévation tensionnelle a peut-être été cause d'une aggravation de l'état du malade. L'arrêt du traitement a entraîné un retour rapide de la tension artérielle à un chiffre convenable sans empêcher l'évolution défavorable.

Dans 5 autres cas de traitement par le Tetracosactide ordinaire par voie intra-musculaire, un phénomène analogue est survenu avec une intensité moindre. Dans une de ces observations (obs. n° 33), un oedème aigu du poumon en a, peut-être, été la conséquence ou encore le collapsus cardio-vasculaire de l'obs. n° 1.

Signalons que ces accidents hypertensifs ont paru beaucoup plus rares et moins intenses qu'avec la posologie de une ampoule à 0,25 mg. intra-musculaire par jour et à peu près inexistants avec le Tetracosactide retard discontinu.

Le second inconvénient constaté fut l'apparition de complications diverses après l'arrêt brusque du traitement : Poussées d'infections urinaires, ou poussées thermiques mal expliquées, aggravation de l'état général ou neuro-psychique, voire même nouvelle thrombose vasculaire (obs N° 8). Nous avons eu l'impression d'un phénomène de rebond bien connu avec les corticoïdes, mais que nous n'attendions pas avec un cortico-stimulant. Nous pensons donc que l'arrêt du traitement ne doit pas être brutal mais

lentement dégénératif. Une telle méthode nous a permis d'éviter ces phénomènes dans les dernières observations étudiées.

- Du point de vue digestif, la tolérance fut bonne (2 cas de petits troubles dyspeptiques). L'insuccès digestif survenu 50 jours après l'arrêt du traitement dans l'obs. n° 32 ne paraît pas en rapport avec le Tetracosactide.

- Dans les traitements prolongés par le Tetracosactide retard, nous n'avons observé que des effets secondaires mineurs : visage arrondi, légère prise de poids, hyperpilosité dans un cas, discrète pigmentation cutanée. Ces incidents nous ont paru moins importants qu'avec les corticoïdes.

- Du point de vue psychique, nous avons déjà signalé la rareté des incidents (2 cas d'excitation modérée).

- La surveillance radiologique, biologique et électrique ne nous a pas révélé de modifications particulières, mis à part une légère modification ionique dans le sens d'une hypo natriurie et d'une hypokaliémie. Ni diabète, ni tuberculose pulmonaire n'ont été décelés avant ou après le traitement.

ACCIDENTS SECONDAIRES

Modalités du Traitement	- H.T.A. - Accidents cardio- vasculaires	- Troubles cutané- muqueux	- Fièvre - Infection	- Troubles psychiques	- Troubles digestifs
tetracosactide linéaire 21 cas	4	0	2	0	2
tetracosactide retard 11 cas	1	0	0	1	0
tetracosactide linéaire + retard 8 cas	1	1	2	1	0
TOTAL : 40 cas	6	1	4	2	2

CONCLUSION

L'A.C.T.H. de synthèse a été utilisé dans 40 cas d'affections neurologiques graves dans le service de Médecine et de Réadaptation Médicale de l'Hôpital RAYMOND POINCARÉ.

Il a été écarté systématiquement les cas de gravité moyenne ou légère ; en effet une régression spontanée est possible et risque de faire porter un jugement optimiste sur cette thérapeutique nouvelle. Nous n'avons sélectionné pour entreprendre un traitement par le Tétracosactide que des cas graves, la rééducation ne pouvant être entreprise efficacement chez aucun de ces malades.

Après plusieurs mois de surveillance, il peut être conclu à un effet favorable de l'A.C.T.H. de synthèse dans :

- les accidents vasculaires cérébraux à leur phase aiguë et à un stade plus avancé, où la rééducation a pu être ~~reprise~~ reprise dans un nombre important de cas.
- La sclérose en plaques, surtout en poussée évolutive où l'effet a paru supérieur à celui de la Prédnisone.
- Les accidents cérébraux post-traumatiques ou post-abortum ainsi que certaines contractures neurogènes.

Mais ce traitement comporte des règles, des limites et des servitudes ; on doit en écarter les contre-indications habituelles de l'A.C.T.H. : le diabète, les ulcères gastro-duodénaux et surtout l'hypertension artérielle.

La surveillance clinique (neurologique et cardiovasculaire) et biologique doit être rigoureuse pendant et après l'arrêt du traitement. La posologie sera limitée à la dose minima active selon chaque malade (le dosage faible sera souvent suffisant). D'autre part, l'arrêt du traitement ne doit pas être brusque mais lentement dégressif. La forme retard du médicament se révèle d'un emploi aisé et de tolérance améliorée.

C'est sous ces conditions que des résultats favorables, parfois inespérés, pourront être observés.

O B S E R V A T I O N S

64

ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX RÉCENTS

7 cas

observations n° 2 - 3 - 8 - 13 - 23 - 27 - 31



Madame B., âgée de 65 ans, souffrait d'une hémiparésie gauche, avec un syndrome d'une crise de Tachycardie.

L'élocution est difficile, avec un débit ralenti.

La malade est mise au traitement par Tétracosactide.

La posologie est de 1 ampoule intra-musculaire de Tétracosactide ordinaire par jour pendant 17 jours, puis 1 ampoule intra-musculaire tous les 3 jours pendant un mois.

On observe une amélioration spectaculaire. L'état général est bon, la conscience est normale : ainsi on aboutit à une meilleure coopération avec le rééducateur. L'alimentation orale est reprise.

Au total récupération totale de l'hémiparésie : la malade marche seule sans canne et elle a retrouvé tous les mouvements du membre supérieur lui permettant même de tricoter.

Au cours du traitement on a constaté une élévation tensionnelle à 20-10 lors de la première partie du traitement (tension artérielle habituelle 15-8).

En conclusion : très bon résultat.



Monsieur V..., âgé de 60 ans en exerçant un travail manuel constate à plusieurs reprises que les outils lui échappent de la main gauche et rapidement l'hémiplégie gauche s'installe en une demi-heure, le malade perd connaissance.

L'intervention en neuro-chirurgie montre un volumineux hématome qui est évacué.

Après l'intervention : grosses séquelles, la force musculaire du membre supérieur est nulle, astéréognosie, hypo-esthésie thermique et tactile de l'hémi-corps gauche.

Un an après l'intervention deuxième accident vasculaire cérébral avec hémiplégie gauche avec troubles de la parole. La parole est scandée.

On décide de mettre le malade aussitôt après ce deuxième épisode au Tétracosactide ordinaire à raison de 1 ampoule intramusculaire tous les jours pendant 8 jours.

Au cours de l'évolution on note une nette amélioration de l'état général. La paralysie faciale régresse et les troubles du langage disparaissent.

Au début pas de modification de l'hémiplégie mais le malade étant très coopérant ^{la} rééducation permet d'aboutir à une marche autonome.

Il n'y a pas eu d'intolérance au médicament.

En conclusion : résultat favorable.

OBSERVATION N° 8

Malade F..., âgée de 75 ans est adressée dans le service pour une hémiparésie gauche. Il est à noter dans les antécédents la notion d'hypertension. Très mauvais état général. Elle présente d'importants escarres sacrés.

Cette hémiparésie régresse partiellement.

10 mois après on observe une récurrence gauche : l'électro-encéphalogramme est nettement aggravé par rapport au précédent.

La malade est mise au traitement par Tétracosactide ordinaire immédiatement après cette récurrence à raison de 1 ampoule intra-musculaire par jour pendant 20 jours.

Au début du traitement on observe une légère amélioration de l'état général, mais rapidement nouvelle altération de l'état général.

Pas d'amélioration sur le plan fonctionnel.

La malade est décédée 15 jours après l'arrêt du traitement.

Conclusion : échec.

OBSERVATION N° 13

Madame B., âgée de 59 ans entre dans le service pour un trouble vasculaire cérébral à l'origine d'une paralysie gauche survenue lors d'une crise de tachycardie supra-ventriculaire.

La malade est grabataire.

Pas de trouble sphinctérien.

Le contact est possible.

On décide de la mettre au traitement par le Tétracosactide ordinaire immédiatement à raison de 1 ampoule intramusculaire matin et soir pendant 4 jours puis pendant 2 jours 1 ampoule par jour.

L'état général s'améliore considérablement et permet une rééducation efficace.

Amélioration très nette de la marche : la malade marche seule avec une canne.

La tolérance est bonne.

En conclusion : très bon résultat.

OBSERVATION N° 23

Monsieur F..., âgé de 84 ans présente un état pseudo-bulbaire ; avec troubles de la conscience et ^{du} psychisme ; troubles de la déglutition ; troubles sphinctériens. Force musculaire diminuée au membre inférieur droit.

De plus dans les antécédents : hémiplegie gauche qui s'est aggravée récemment.

On décide de mettre immédiatement cette récidive d'accident vasculaire cérébral au traitement par Tétracésaltide ordinaire à raison de 2 ampoules par jour en injections intraveineuses pendant 12 jours puis 1 ampoule en intraveineuse par jour pendant 4 jours.

On constate une altération rapide de l'état général, poussée tensionnelle. Pas de changement sur le plan neurologique. Détérioration rapide de l'état psychique du malade.

Le malade fait un important encombrement bronchique avec sur-infection et des infections urinaires.

Le malade est décédé quelques jours après l'arrêt du traitement.

En conclusion : échec.

OBSERVATION N° 27

Madame D..., âgée de 62 ans a présenté une hémiplégie gauche d'apparition brutale ; la malade se plaint de céphalées. L'examen clinique montre en plus de l'hémiplégie : une Mydriase droite et un syndrome méningé.

On décide le transfert en neuro chirurgie : l'intervention montre la rupture d'un anévrisme supra clinoidien de la terminaison de la carotide droite de plus les neuro chirurgiens constatent un athérome diffus sur tout le système artériel.

Au décourt de l'intervention la malade est dans une ^{ETAT} ~~sub.comateux~~ sub.comateux~~2~~, persistance de l'hémiplégie gauche l'état général est moyen.

Une longue cure de Tétracosactide ordinaire est entreprise : durant le premier mois après l'intervention elle a reçu deux ampoules par jour puis la posologie a été réduite à une ampoule par jour pendant 10 jours et enfin une ampoule tous les deux jours pendant un mois ensuite le relais par la forme retard dosé à un mg a été pris à raison d'une ampoule tous les 3 jours pendant 4 mois.

Après ce traitement aucune amélioration n'a pu être notée ; on a seulement constaté une petite élévation de la tension artérielle.

En conclusion : échec.

OBSERVATION N° 31

Monsieur P., âgé de 71 ans a été opéré d'un hématome intracérébral droit spontané. Au décourt de l'intervention hémiplegie gauche massive.

Etat sub-comateux ; très mauvais état général, escarres.

On met rapidement ce malade au traitement par Tétracosactide ordinaire à raison de 1 ampoule par jour pendant 13 jours.

On constate que l'état général s'est amélioré, d'autre part l'hémiplegie gauche a partiellement régressé.

Diminution des troubles de la conscience, on peut obtenir une réponse verbale, le contact est meilleur.

Mais un mois après l'arrêt du traitement le malade retombe dans le coma.

La tolérance a été bonne.

En conclusion : résultat moyen.

ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX ANCIENS

16 cas

observations n° 1 - 4 - 5 - 6 - 9 - 10 - 11 - 12 - 14

26 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 40



OBSERVATION N° 1

Monsieur B..., âgé de 63 ans, entre dans le service pour rééducation d'une hémiplégie gauche : hémiplégie gauche brutale, ~~chez~~ un hypertendu. A l'intervention, volumineux hématome intra-cérébral qui fut évacué. Au réveil, il persiste une hémiplégie gauche massive, hypertonique, avec hypo-esthésie. L'état général est assez bon, la conscience est normale.

Pad de traitement antérieur par Corticoïdes.

Mis au traitement par Tetracosactide ordinaire : une ampoule intramusculaire matin et soir pendant 12 jours, puis une ampoule par jour pendant 4 jours.

On constate une légère amélioration au début du traitement ; mais apparition d'une céphalée et rapidement collapsus cardio-vasculaire au 16ème jour de la cure. Le malade est décédé.

Au cours du traitement : élévation de la tension artérielle lors du traitement par 2 ampoules par jour.

En conclusion : échec.

OBSERVATION N° 4

Madame P..., âgée de 72 ans brutalement perd connaissance et fait une hémiplégie droite avec aphasie totale ; il n'y a pas de paralysie faciale.

Au décourt de son accident vasculaire l'hémiplégie droite est globale avec aphasie. Troubles sphinctériens. La malade est consciente mais ne comprend pas l'ordre oral. Madame P... pleure facilement ; mauvais état général.

On tente un traitement par Tétracosactide ordinaire à raison de une ampoule intramusculaire par jour pendant 25 jours, ce traitement est relayé par la forme retard une ampoule à 1 mg en intramusculaire tous les trois jours pendant deux mois.

Après ce traitement l'état général s'est amélioré, l'hémiplégie droite a régressé incomplètement, les troubles sphinctériens se sont améliorés mais l'aphasie ne s'est pas modifiée de même que les troubles psychiques.

En conclusion ; résultat médiocre.

OBSERVATION N° 5

Monsieur K..., âgé de 62 ans entre dans le service pour une hémiplégie gauche qui est apparue brutalement après des épisodes de fourillements, d'aphasie transitoire, de troubles de déglutition et de troubles sphinctériens qui ont débuté 6 mois avant l'hémiplégie.

Le psychisme est modifié, il y a une gêne à l'élocution.
Echec ^{de} la rééducation motrice.

Pas de traitement antérieur par Corticoïdes.

Le malade est mis au traitement par Tétracosactide ordinaire à la dose de 1 ampoule par jour en intra-musculaire pendant 10 jours.

Les douleurs de l'hémicorps gauche diminuant et l'état général étant amélioré la rééducation peut être reprise.

L'hémiplégie regresse partiellement, la marche est possible.

Mais par contre pas de modification des contractures.

Le psychisme est amélioré.

Pas d'accident ou d'incident au cours du traitement.

En conclusion : Bon résultat.

OBSERVATION N° 6

Madame M..., âgée de 78 ans est adressée dans le service pour une hémiplégie droite qui est survenue brutalement chez cette hypertendue. Pas d'aphasie vraie, mais surtout gêne articulaire. La malade se plaint d'une douleur au niveau de l'épaule droite.

Madame M..., est mise tout d'abord au Tétracosactide ordinaire à raison de 1 ampoule par jour pendant 25 jours puis relais par le Tétracosactide retard à la dose de 1 ampoule de 1 mg tous les 2 jours pendant 70 jours.

Au cours du traitement : diminution de la douleur au niveau de l'épaule droite et légère amélioration de l'hémiplégie.

Mais pas de modification de l'état général, ni des contractures, ni du psychisme.

A l'arrêt du traitement nombreuses poussées infectieuses septico-pyohémiques aboutissant au décès de la malade.

Conclusion : échec.

OBSERVATION N° 9

Madame G..., âgée de 70 ans, hypertendue, est adressée dans le service pour une hémiparésie gauche d'apparition brusque.

6 mois après détérioration progressive du psychisme : la conscience est très nettement diminuée.

La malade est mise au traitement par le Tétracosactide retard à raison de 1 ampoule de 1 mg tous les 2 jours pendant 70 jours.

La malade se plaint moins de ses douleurs.

Le psychisme est amélioré : le contact est possible.

Mais 15 jours après l'arrêt du traitement : thrombose massive artérielle du membre inférieur gauche, la malade décède.

Conclusion : amélioration durant la cure, mais décès à l'arrêt du traitement.

OBSERVATION N° 10

Monsieur C..., âgé de 55 ans est adressé dans le service pour une hémiplegie droite avec aphasie totale d'origine vasculaire.

La force musculaire du membre supérieur droit est nulle.

Le malade peut marcher seul sans canne, d'une façon assez satisfaisante.

A noter dans les antécédents ~~de~~ 3 accidents vasculaires cérébraux.

Monsieur C..., a déjà été traité par une cure d'A.C.T.H. naturel (25 mg 3 fois par jour pendant 16 jours.). Il n'a pas été observé de résultat.

On décide de mettre le malade au Tétracosactide ordinaire à raison de 1 ampoule par jour pendant 40 jours puis un an après, on renouvelle la même thérapeutique pendant 8 jours.

L'état général s'est amélioré, on note une prise de poids. Sur le plan fonctionnel régression de l'hémiplegie droite.

Les troubles de la compréhension ont diminué : ce qui permet une meilleure participation à la rééducation.

La tolérance au médicament a été très bonne.

Conclusion : résultat très favorable.

OBSERVATION N° 11

Madame L..., âgée de 45 ans présente une hémiplégie gauche brutalement.

Mauvais état général, troubles psychiques empêchant une rééducation efficace. Les contractures sont importantes et douloureuses.

On note la présence d'un syndrome psychiatrique qui existe depuis longtemps.

On décide de mettre la malade au Tétracosactide retard pendant deux mois et demi à raison d'une ampoule à 1 mg tous les deux jours.

On observe pendant le traitement une amélioration de l'état général ; la malade se plaint moins de ses douleurs ; le contact est meilleur. Mais il n'y a pas de modification des contractures ni de l'hémiplégie.

La tolérance au médicament a été bonne.

En conclusion : résultat favorable.



OBSERVATION N° 12

Madame M..., âgée de 80 ans entre dans le service pour une hémiplegie droite d'apparition brutale avec aphasie. Quelque temps après thrombose artérielle du membre inférieur droit qui nécessite l'amputation.

La malade est grabataire, très mauvais état général escarres.

Elle se plaint de douleurs très importantes de tout l'hémicorps droit.

On décide de la mettre au Tétracosactide ordinaire à raison de 1 ampoule tous les 2 jours pendant 3 mois.

Après ce traitement l'état général est très amélioré, cicatrisation des escarres, disparition des douleurs.

Le moral est meilleur.

Elle se met au fauteuil, fait quelques pas entre le fauteuil et le lit avec une canne et une aide.

La lecture est possible avec cependant quelques accrochages.

Durant le traitement elle s'est plainte de quelques douleurs gastriques.

En conclusion : résultat très favorable.

OBSERVATION N° 14

Madame J..., âgée de 68 ans est porteuse d'un rétrécissement mitral qui est mal toléré depuis 1963 : à type d'une dyspnée d'effort très importante, puis apparition de syncopes. La commissurotomie est décidée en 1968.

La malade est mise sous anti-coagulants et quatre mois après l'intervention, chute brutale avec perte de connaissance : hémiplegie droite globale avec paralysie faciale inférieure. Le coma vigile est rapidement régressif, aphasie motrice totale.

La malade est adressée dans le service pour rééducation de son hémiplegie.

La malade est grabataire, avec hémiplegie droite globale ; troubles sphinctériens ; elle semble comprendre les phrases simples mais l'aphasie est complète.

On entreprend une cure de Tétracosactide retard à raison d'une ampoule à 1 mg tous les deux jours pendant 49 jours.

Après le traitement on constate une amélioration de la compréhension, ce qui permet une rééducation plus efficace. On observe une ébauche de récupération au niveau de la racine du membre inférieur puis la malade fait quelques pas seule avec une canne. Ebauche d'abduction de l'épaule. mais l'aphasie ne régresse pas.

En conclusion : résultat moyen.

OBSERVATION N° 26

Madame C..., âgée de 62 ans est adressée dans le service pour rééducation d'une hémiplégie droite ancienne avec aphasie. Elle a fait déjà un épisode d'hémiplégie droite il y a cinq ans qui avait régressé en quelques jours.

Cette hémiplégie droite s'associe à un syndrome pyramidal gauche.

L'état général est très mauvais.

Elle n'a pas reçu de traitement par Corticoïdes auparavant.

On décide de la mettre au traitement par Tétracosactide retard à raison de 1 ampoule de 1 mg tous les deux jours pendant 35 jours.

L'état général s'est considérablement amélioré.

Mais l'hémiplégie ne s'est pas modifiée pas plus que le psychisme.

Au cours du traitement on a constaté une élévation de la tension artérielle : 18-12 (chiffre tensionnel antérieur : 16-8).

En conclusion : résultat médiocre.

OBSERVATION N° 32

Monsieur B., âgé de 69 ans entre dans le service pour rééducation d'une hémiplegie droite avec aphasie d'installation progressive apparue en 1967, qui a régressé partiellement déjà.

De plus présence de gros troubles trophiques au niveau des membres inférieurs ; ces troubles trophiques gênent beaucoup la rééducation.

La conscience est normale, mais le malade est peu coopérant ; il présente une désorientation spatiale.

Monsieur B.. a déjà reçu du Cortancyl : 5 mg pendant 6 jours.

On décide de mettre le malade au Tétracosactide ordinaire : 1 ampoule par jour pendant 13 jours.

On constate aucune amélioration. Sur la feuille de température on observe des clochers fébriles.

50 jours après l'arrêt du traitement le malade fait une hématomé ; Monsieur B..décède.

En conclusion : échec.

OBSERVATION N° 33

Madame N., âgée de 65 ans, hypertendue, entre dans le service en urgence pour une hémiplégie droite.

A l'examen, en plus de son hémiplégie, on note un syndrome méningé. Il y a des troubles de la conscience, et des troubles de la déglutition.

A l'électro-encéphalogramme : signes en foyers de la région temporo-occipitale gauche.

Dans les antécédents on retrouve la notion d'une hémiplégie gauche avec aphasie ayant régressé en une semaine.

Madame N. est mise au traitement par Tétracosactide ordinaire à raison de 1 ampoule intramusculaire par jour pendant 8 jours.

Durant une courte période la malade paraît moins obnubilée, mais l'hypertonie et la diminution de la force musculaire n'ont pas changé.

Puis 8 jours après le début du traitement la malade fait une poussée tensionnelle avec oedème aigu du poumon qu'on n'arrive pas à faire céder par le traitement.

La malade décède.

En conclusion : échec.

OBSERVATION N° 34

Monsieur G..., âgé de 70 ans hypertendu, en 1963 a présenté une hémiparésie droite, sans aphasie qui est apparue progressivement ; six ans après apparition d'une ~~motricité~~ infirmité gauche.

Le malade est en très mauvais état général ; la coopération avec les rééducateurs est très difficile.

On décide d'entreprendre une longue cure de Tétracosactide ordinaire : une ampoule tous les 3 jours pendant 18 jours puis une ampoule par jour pendant 76 jours et enfin 2 ampoules tous les deux jours pendant 104 jours.

On n'a pu observer aucune amélioration et deux mois après l'arrêt du traitement le malade est mort d'un infarctus du myocarde.

En conclusion : échec.

OBSERVATION N° 35

Madame S..., âgée de 33 ans a fait une hémiplegie droite globale avec aphasie qui est survenue 48 heures après un accouchement qui s'est déroulé normalement. Pas d'antécédent pathologique. Bonne coopération.

Le membre supérieur est totalement flasque, le membre inférieur est légèrement spasmodique.

On décide ^{de} traiter Madame S... au Tétracosactide ordinaire : 1 ampoule intramusculaire par jour pendant 21 jours puis 1 ampoule intramusculaire tous les deux jours pendant 54 jours.

Après le traitement, on a pu constater de très gros progrès de la marche : la marche est élégante (possibilité de marche même avec talons hauts). Le membre supérieur retrouve l'harmonie de ses mouvements, l'utilisation de la main est correcte mais gênée par une astéréognosie.

~~Peu de~~ régression de l'aphasie.

La tolérance au médicament a été très bonne.

En conclusion : bon résultat.



OBSERVATION N° 36

Madame M., âgée de 47 ans présente une myocardite virale : arythmie complète depuis Février 67 avec petits signes d'insuffisance cardiaque périphérique ; mise au traitement digitalique et diurétique jusqu'en Septembre 69 où elle arrête tout traitement.

Dix jours plus tard : hémiparésie gauche ; à cette date était notée une arythmie complète, un galop, une cardio-mégalie, un gros foie douloureux et une hémiparésie purement motrice.

Bon état général.

On décide de mettre la malade au tétracosactide ordinaire à raison de 1 ampoule tous les deux jours pendant 8 jours.

Mais on observe aucune amélioration sur le plan fonctionnel. La malade décède par évolution terminale de sa myocardite virale.

Durant le traitement par le Tétracosactide la malade s'est plainte de nausées et de troubles du transit.

En conclusion : échec.



OBSERVATION N° 40

Madame B., âgée de 65 ans, hypertendue a présenté une hémiplegie droite avec aphasie ; l'aphasie a rapidement régressé.

L'examen montre non pas une paralysie, mais une diminution de la force musculaire du côté droit. L'état général est médiocre ; petit escarre de la fesse gauche ; la malade ne coopère pas avec son rééducateur.

Dans les antécédents on note que la malade a déjà fait un ictus.

On décide la mise au traitement par Tétracosactide retard à raison de 1 ampoule à 1 mg tous les 2 jours pendant 15 jours.

Après le traitement la malade a un meilleur état général, elle est moins fatigable mais l'hémiplegie ne régresse pas.

La malade a fait une poussée tensionnelle durant le traitement.

En conclusion : résultat médiocre.

SCLEROSE EN PLAQUES

8 cas

800 de santé - 1000 de santé
1000 de santé - 1000 de santé

observations n° 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 38.



OBSERVATION N° 15

Monsieur V., âgé de 61 ans entre dans le service pour rééducation d'une sclérose en plaques.

La maladie a débuté par une difficulté de mobiliser la jambe gauche. Puis légère régression permettant la marche avec une canne.

Quelque temps après apparition progressive d'une paraplégie, puis une tétraplégie spasmodique : rétraction des membres inférieurs, troubles sphinctériens, paresthésie au niveau des deux mains.

Néuralgie du Trijumeau.

Le malade est grabataire, détérioration psychique.

Le malade a reçu comme traitement auparavant 1 ampoule par semaine pendant 5 ans d'A.C.T.H. puis 400 unités d'A.C.T.H. Retard par semaine pendant 3 ans.

De plus nombreuses autres cures de Corticoïdes.

On décide de le mettre au traitement par Tétracosactide ordinaire à raison d'1 ampoule par jour pendant 1 mois puis 1 ampoule tous les 2 jours pendant 20 jours.

Ensuite la forme ordinaire a été relayée par le Tétracosactide retard à la dose de 1 ampoule de 1 mg tous les 2 jours pendant 4 mois.

L'état général s'est amélioré.

Mais persistance de l'état grabataire, il n'a pu être constaté une amélioration ni sur le plan physique, ni sur le plan fonctionnel.

La tolérance a été très bonne.

En conclusion : résultat médiocre.



OBSERVATION N° 16

Madame L., âgée de 39 ans entre dans le service pour rééducation d'une sclérose en plaques.

Début à l'âge de 37 ans à type de paresthésie des quatre membres, et diminution de la force musculaire surtout du membre inférieur droit ; sensation d'instabilité.

Puis aggravation par petites poussées successives.

En Janvier 1969 : apparition des signes pyramidaux, aggravation des signes cérébello-labyrinthiques, contractures, troubles sphinctériens.

Dans les antécédents à noter que la malade n'a pas reçu de traitement par Corticoïdes.

Mise au traitement par Tétracosactide de cette poussée récente de la maladie : on a débuté le traitement par 1 ampoule intramusculaire matin et soir tous les 2 jours pendant une semaine de Tétracosactide ordinaire, rapidement relayé par le Tétracosactide retard à 1 mg à raison de 1 ampoule tous les 2 jours pendant une semaine, et enfin 1 ampoule tous les 3 jours pendant une semaine.

Dès la fin de la première semaine du traitement une amélioration a pu être constatée.

Quelques semaines après : les douleurs ont disparu, les contractures de membres inférieurs ont diminué de même que les troubles cérébello-labyrinthiques.

Les troubles sphinctériens se sont améliorés.

Mais pas de modification des troubles moteurs, ni des troubles sensitifs objectifs.

Au cours du traitement on a pu constater l'apparition d'un état d'euphorie et d'excitations psycho-motrices chez cette malade d'un naturel gai.

En conclusion : Bon résultat.

OBSERVATION N° 17

Madame B..., âgée de 33 ans présente une sclérose en plaques qui a débuté à l'âge de 26 ans (un mois après l'accouchement de son fils) à type de déficit moteur du membre inférieur droit ; très rapidement la marche est devenue impossible, troubles sphinctériens. De plus on constate l'existence d'importants troubles cérébello-labyrinthiques. Il existe une importante altération de l'état psychique : diminution de l'intelligence, de l'attention, de la mémoire et de l'affectivité avec une certaine indifférence. Durant l'évolution rapide de cette sclérose en plaque Madame B..., a reçu de nombreux traitements par Corticoïdes qui n'ont pas entraîné de rémission.

On tente un traitement par Tétracosactide retard à raison de / une ampoule à 1 mg tous les deux jours pendant un mois puis une ampoule tous les trois jours pendant un mois et demi.

Durant et après le traitement la malade se plaint moins de ses douleurs ; le psychisme est amélioré : elle s'intéresse plus à son entourage.

Mais pas de modification de la paraplégie spasmodique en triple flexion, les contractures sont toujours aussi intenses ; pas de modification des troubles sphinctériens. L'état général n'est pas modifié.

En conclusion : résultat médiocre.

OBSERVATION N° 18

Mademoiselle C., âgée de 28 ans présente une sclérose en plaques qui a débuté vers l'âge de 15 ans par des paresthésies dans le membre inférieur droit et un déficit de la force musculaire de la main droite ; tous ces signes ont régressé.

A l'âge de 17 ans apparition d'une difficulté à la marche et d'une perte de l'équilibre.

A 19 ans, nouvelle poussée évolutive.

A 20 ans Mademoiselle C. ne peut plus marcher.

Avant le traitement par Tétracosactide la malade présente un syndrome cérébelleux, des troubles de la sensibilité et un syndrome pyramidal des membres inférieurs. L'état psychique est assez bon ; la malade est grabataire.

Elle a déjà reçu de nombreux traitements Corticoïdes : Cortrophine Retard : une ampoule par semaine pendant 4 ans, Triamcinolone : 3 comprimés par jour pendant 3 mois. Betnesol : 3 comprimés par jour pendant 6 mois.

On décide de mettre Mademoiselle C., au Tétracosactide ordinaire à raison de deux ampoules par jour pendant 44 jours et le relais est pris par la forme retard à la dose de 1 mg tous les deux jours pendant 2 mois et dem

Durant ce traitement on a pu constater l'apparition d'une pilosité du menton et de la lèvre supérieure, de plus le visage s'est légèrement arrondi.

Après cette longue cure on constate une amélioration des troubles fonctionnels, les contractures ont nettement diminué, mais pas de modification de la paraplégie, ni des troubles cérébelle-labyrinthiques, ni des troubles sphinctériens.

En conclusion : résultat favorable.

OBSERVATION N° 12

Madame B., âgée de 49 ans présente une sclérose en plaques.

Début à l'âge de 36 ans à type d'hémi-parésie gauche avec troubles de l'élocution,; cette crise a été spontanément régressive en 3 jours.

Six ans après : deuxième crise identique.

A l'âge de 46 ans : nouvelle crise ne régressant pas complètement.

Actuellement hémiplégie gauche avec hypertonie : marche difficile avec deux cannes.

Troubles de la parole.

Troubles sphinctériens importants.

Troubles psychiques.

Peu de troubles cérébello-labyrinthiques.

On note dans les antécédents un traitement par perfusions intraveineuses de 50 unités d'A.C.T.H. tous les 2 jours pendant 20 jours.

Mise au traitement par Tétracosactide retard à 1 mg à raison de 1 ampoule intramusculaire tous les 2 jours pendant 15 jours.

Amélioration de l'état général, prise de poids.

Cette amélioration a favorisé une rééducation active sur le plan fonctionnel on constate une nette amélioration (la malade peut marcher seule et monter l'escalier).

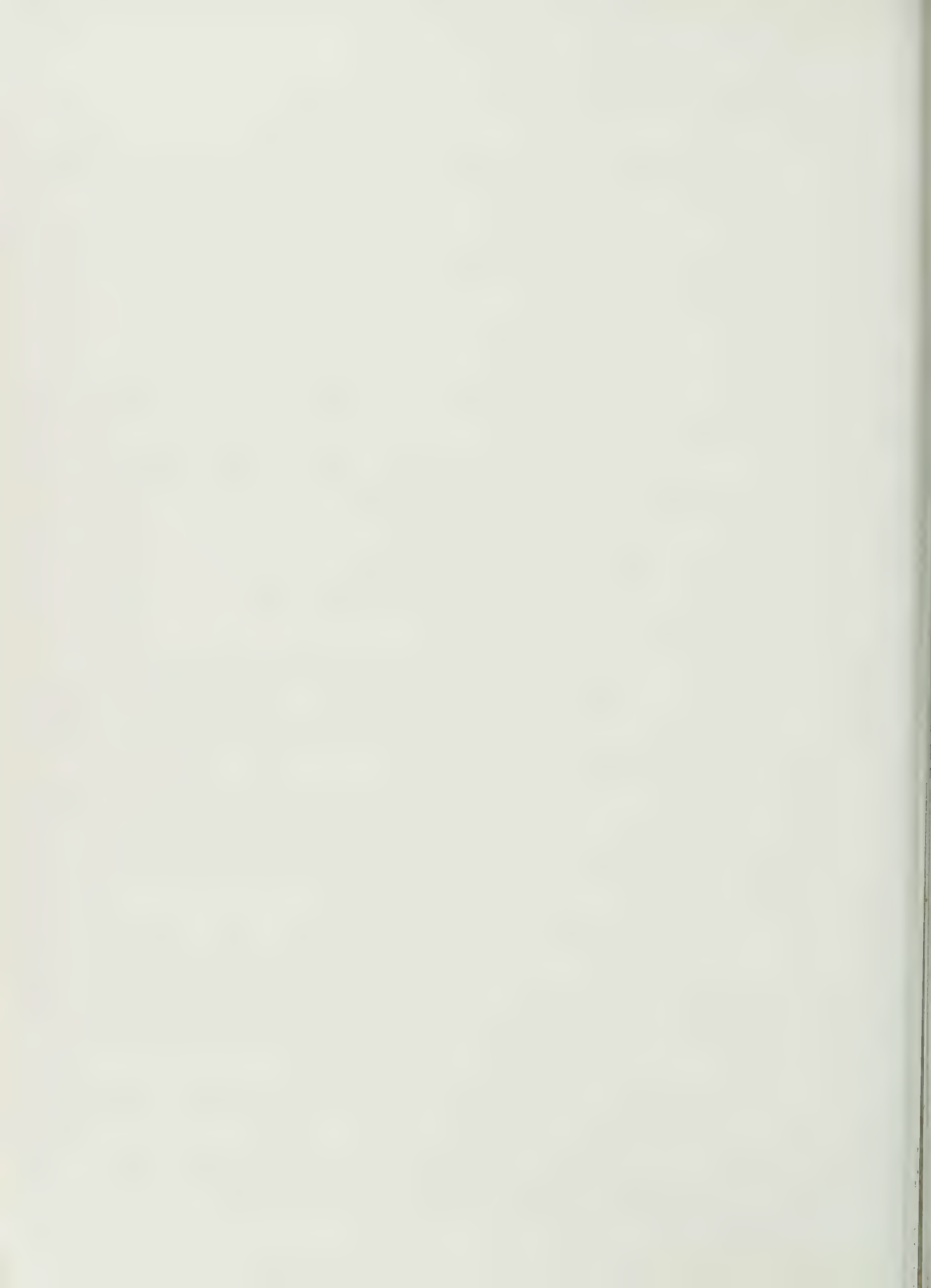
Les contractures ont diminué.

Les troubles sphinctériens ont presque disparu.

Très bon psychisme.

La tolérance au médicament a été très bonne.

En conclusion : résultat favorable.



OBSERVATION N° 20

Mademoiselle T., âgée de 26 ans présente une sclérose en plaques ayant débuté à l'âge de 20 ans.

Depuis : poussées successives associant syndromes pyramidaux et cérébello-labyrinthiques.

En 1966 apparition d'une paraplégie spasmodique complète.

Depuis cette date essais de très nombreux traitements à types de :

- 2 cures de Cortico-Trophine : A.C.T.H. en perfusions
- Betnesol : 6 comprimés par jour pendant 3 mois.
- Solu-Médrol : 1 injection intrarachidienne par semaine pendant 1 mois.

Echec.

La rééducation permet la marche avec deux cannes et une aide.

Essai du Tétracosactide ordinaire à raison d'une ampoule par jour pendant 10 jours puis une ampoule tous les 2 jours pendant 2 mois, par voie intramusculaire.

Deux autres cures identiques à la première ont été ainsi effectuées chacune séparée par 5 semaines.

On a pu constater une amélioration de l'état général.

Les troubles sensitifs objectifs ont disparu, les contractures ont diminué de même que les troubles cérébello-labyrinthiques. La marche est possible sans canne.

Le psychisme est amélioré.

Pas d'intolérance au médicament.

En conclusion : résultat très favorable.

OBSERVATION N° 21

Monsieur V..., âgé de 58 ans présente une sclérose en plaques ayant débuté à l'âge de 45 ans par des troubles de la marche, des troubles de la sensibilité subjective à droite, tous ces symptômes ont régressé complètement.

En 1959 : deuxième poussée à type de paraplégie qui régresse incomplètement.

A l'arrivée dans le service : paraplégie spasmodique plus diminution de la force musculaire ^{dans le} ~~le~~ membre supérieur gauche.

De plus troubles cérébello-labyrinthiques.

Au total : malade grabataire.

Dans les antécédents on note un traitement par Cortancyl.

On met le malade au traitement par Tétracosactide retard (ampoule de 1 mg) à raison de 1 ampoule tous les 2 jours pendant 1 mois puis deux fois par semaine, la semaine précédant sa cortic.

On a constaté une régression partielle de la paraplégie : le malade peut marcher avec appui.

Régression nette des troubles cérébello-labyrinthiques
son état général.

La tolérance au médicament a été très bonne.

En conclusion : résultat favorable.



ANNALES D'OTOLARYNGOLOGIE

...elle a, à la suite de ces lésions, des
saignées de nez. Le 15/11/51, elle a eu des
épis de vertiges et de nausées, et elle
a constaté que sa vision est devenue floue, surtout
après avoir mangé. Elle a eu aussi des
troubles de l'audition (elle dit qu'elle
a une sensation de bruissement devant les yeux). Elle a
eu aussi des troubles de l'équilibre (elle dit qu'elle
a une sensation de bruissement devant les yeux). Elle a
eu aussi des troubles de l'équilibre (elle dit qu'elle
a une sensation de bruissement devant les yeux).

Il y a eu deux rechutes dans la même année et
la troisième dans les yeux : elles ont toutes régressé.

En 1952 apparition de troubles spinocéphaliques à
type de défécation d'urine.

En 1954 : apparition de troubles moteurs.

Avant la mise au traitement par Tétracycline
la malade est devenue, à la fois, sourde et aveugle ; elle
présente des troubles moteurs à type de parésie des
membres inférieurs très intenses, des troubles cérébello-laba-
thiques et des troubles spinocéphaliques.

On note que la malade a subi déjà de nombreux
traitements par corticoïdes : méthyl : 1 g par jour
et soir pendant 2 semaines et 10 jours. Cortisone : 1 g par jour
intramusculaire pendant 2 semaines. Héparine : 10 g par jour
pendant 4 semaines.

Pour ces traitements n'ont pas entraîné d'améliora-
tion, mais on décide de tenter un traitement par tétra-
cycline retard à raison de 1 capsule à 1 g tous les 4
jours pendant 1 mois.

Après ce traitement on a pu constater une améliora-
tion de l'audition (elle a pu entendre les bruits de la
cassette). On a pu noter également une amélioration de
la coordination des membres inférieurs, et une amélioration
des troubles de l'équilibre. Elle a pu marcher sans
l'aide d'un bâton. Elle a pu reprendre son travail.



SEQUELLES DE TRAUMATISMES CRANIENS

4 cas

observations n° 7 - 28 - 29 - 39

OBSERVATION N° 7

Monsieur A..., d'origine nord-africaine, âgé de 35 ans a été ^{poly}traumatisé au cours d'un accident sur la voie publique : traumatisme crânien, fracture du fémur gauche et fracture de côtes.

Le malade était dans le coma avec une hémiplégie gauche. A l'artériographie on conclut à une contusion cérébrale droite.

Monsieur A..., arrive dans le service pour rééducation de son hémiplégie.

A l'arrivée le malade est dans un très mauvais état général, hémiplégie gauche massive, douloureuse, avec rétractions très importantes ; troubles sphinctériens. Le malade n'est pas du tout coopérant et ainsi la rééducation n'est pas efficace.

On décide de mettre Monsieur A..., au Tétracosactide ordinaire à raison d'une ampoule par jour pendant 10 jours.

Après ce traitement l'état général s'est amélioré considérablement ainsi que le psychisme : le malade devient coopérant. Les douleurs de l'hémicorps gauche ont diminué ; les escarres sont en voie de cicatrisation ; la marche devient possible ; mais il n'y a pas de modification des contractures.

La tolérance au médicament a été très bonne.

En conclusion : résultat très favorable.

OBSERVATION N° 28

Monsieur C..., âgé de 44 ans a été victime d'un accident de voiture en Mai 1968 : Coma stade 2 avec mydriase, gros troubles respiratoires ayant nécessité une trachéotomie d'emblée ; on peut noter en plus une fracture des os propres du nez, contusions du maxillaire droit et fracture de Monteggia à droite.

Le malade est aussitôt dirigé en neuro-chirurgie où devant la persistance du coma et l'absence de signes de localisation il est fait une ventriculographie qui permet d'évacuer une lame d'hydrome sous-durale gauche. Le liquide céphalo-rachidien était par ailleurs hémorragique et le cerveau *cedenté*.

Monsieur C... est transféré dans le service pour rééducation.

A son arrivée état *général* mauvais, le malade étant cachectique avec des importantes escarres fessières ; contractures en flexion très importantes des quatre membres sans aucune motricité volontaire.

Devant cet état on décide de mettre le malade au Tétracosactide ordinaire à raison d'une ampoule par voie intramusculaire matin et soir pendant 20 jours puis une ampoule par jour pendant une semaine.

Dès le début du traitement on observe un meilleur état général, le psychisme s'améliore : le malade peut s'exprimer correctement et il devient très coopérant. Les douleurs diminuent. Monsieur C... retrouve son autonomie : il peut se promener seul, sans canne, et se sert de sa main gauche. De plus il parle avec ses voisins et lit des magazines. Il reste cependant une gêne sur le plan fonctionnel de son membre supérieur droit en rapport la fracture de Monteggia qui a été ostéo-synthésée avec ^{AVEC} un certain retard vu l'état du malade au début.

Très bonne tolérance au médicament.

En conclusion : très bon résultat.

Q OBSERVATION N° 29

Mademoiselle C., âgée de 19 ans entre dans le service pour oedème cérébral post-traumatique.

La malade est dans un état sub-comateux, aucun contact possible.

Elle est grabataire, très mauvais état général. Elle se plaint de douleurs diffuses, contractures très importantes.

Elle n'a pas eu de traitement par Corticoïdes depuis son accident.

On décide de la mettre au Tétracosactide ordinaire à raison d'une ampoule intramusculaire matin et soir pendant un mois puis deux ampoules tous les deux jours pendant 2 mois et enfin la cure a été terminée par une ampoule tous les deux jours pendant 5 jours.

Au cours de l'évolution on a remarqué que la malade se plaint moins de ses douleurs, de plus on peut noter une légère amélioration de l'état général.

On constate un début de motricité des membres.

D'autre part il y a la possibilité d'un contact, elle suit des yeux et elle exécute quelques ordres simples.

Début de coopération pour l'alimentation et la rééducation.

La tolérance au médicament a été bonne.

En conclusion : résultat moyen.



OBSERVATION N° 39

Monsieur B., âgé de 20 ans, en Janvier 1969 a été victime d'un accident avec traumatisme crânien : coma d'emblé avec troubles respiratoires, état de décérébration cet état a nécessité une trachéotomie.

Au décourt de ce coma : hémiplegie gauche ; le malade est adressé dans le service pour rééducation. A l'arrivée dans le service Monsieur B. est hémiplegique gauche avec un syndrome cérébello-labyrinthique, la marche est impossible, pas d'escarres ; bon état général, mais état d'^{SB N u}~~SB N u~~ débilitation.

On décide de mettre le malade au Tétracosactide retard à raison d'1 ampoule de 1 mg tous les 2 jours pendant 15 jours, puis d'une ampoule par semaine pendant 1 mois.

L'évolution a été lentement favorable, le malade a un psychisme toujours un peu perturbé, la marche est possible.

La tolérance a été bonne.

En conclusion : résultat médiocre.



CAS DIVERS

5 cas

- Maladie de Friedreich, observation n° 22
- Paraplégie par épidurite hodgkinienne, observation n° 24
- Glioblastome cérébral, observations n° 25 et 37
- Hypertonie musculaire diffuse, observation n° 30

OBSERVATION N° 22

Mademoiselle F..., âgée de 36 ans est atteinte d'une maladie de FRIEDREICH.

Début à l'âge de 7 ans par des troubles de l'équilibre, difficultés à écrire, maladresse des membres supérieurs. Aggravation progressive.

Actuellement :

- signes pyramidaux des deux membres inférieurs : réflexes ostéo-tendineux exagérés, clonus du pied, signes de Babinski et de Rossolino.

- Très importante hypertonie des membres inférieurs rendant impossible la marche : contractures très douloureuses

- Aux membres supérieurs, hypertonie, réflexes ostéo-tendineux diminués, syndrome cérébello-cinétique.

- Atteinte de la sensibilité profonde aux quatre membres avec paresthésie.

- Troubles de la parole : saccadée et nas^{ale}née.

- Nystagnus rotatoire.

- Discrète cyphose-scoliose.

- pieds creux.

- Enfin douleurs angineuses intenses et répétées à l'électro-cardiogramme : ~~tracé~~ ^{tracé} lésion sous-épicardique antérieure.

Aucun traitement antérieur n'a apporté une amélioration :

- A.C.T.H. : une injection par semaine pendant 3 mois.

- Cortancyl : 2 comprimés par jour pendant 3 mois

- Décadron : 3 comprimés par jour pendant 2 mois.

On se décide à mettre Mademoiselle F..., au traitement par le Tétracosactide retard (ampoule de 1 mg) à

raison de 1 ampoule tous les deux jours pendant 2 mois puis
1 ampoule tous les trois jours pendant 1 mois.

La malade est venue consulter et nous dit que ses
crampes ont considérablement diminué de même que ses
contractures.

L'état général était très amélioré.

Les troubles du langage sont améliorés.

L'état dépressif a beaucoup diminué.

La tolérance au médicament a été bonne.

En conclusion : résultat très favorable.

OBSERVATION N° 24

Madame O..., âgée de 36 ans présente une paraplégie complète par épidurite Hodgkinienne.

En 1969 apparition progressive de cette paraplégie les neuro-chirurgiens procèdent à une laminectomie.

La malade est mise au traitement par Cortancyl (80 mg) mais Madame O..., après deux mois de traitement, se plaignait de douleurs gastriques, de plus syndrome de rétention hydrosodée.

Aussi on a dû abandonner ce traitement par Cortancyl et prendre en relais par le Tétracosactide.

La malade est en très mauvais état général, grabataire.

Elle a des troubles sphinctériens. Psychisme altéré à type de dépression.

Le protocole thérapeutique a été d'abord de 2 ampoules par jour pendant 8 jours de Tétracosactide ordinaire puis relais par la forme retard : 1 ampoule (à 1 mg) tous les deux jours pendant 10 semaines puis 1 ampoule tous les 3 jours pendant 4 semaines et enfin 1 ampoule par semaine pendant 9 semaines.

L'état général s'est considérablement amélioré : diminution de la fatigabilité, reprise de l'appétit ; ce qui a permis une meilleure rééducation.

Le psychisme s'est amélioré.

La malade actuellement peut s'asseoir au fauteuil la marche avec attelles est envisagée (la paraplégie ne s'étant pas modifiée).

La tolérance au médicament a été très bonne.

En conclusion : résultat favorable.

OBSERVATION N° 25

Monsieur B..., âgé de 65 ans appartenant, se plaint de douleurs rétro et sous-orbitaire droit ; puis rapidement apparition de déficit gauche, et d'une agitation psychomotrice. Hémianopsie latérale homonyme.

L'électro-encéphalogramme montre une altération lente, continue, antérieure droite.

L'écho encéphalogramme révèle un déplacement pathologique des structures médianes sur la gauche de 4mm.

Le gamma encéphalogramme montre un important foyer d'hyperactivité de siège temporal droit.

L'artériographie cérébrale met en valeur une légère déviation de ~~1/2~~ *La* cérébrale antérieur et des structures veineuses gauches.

Au total suspicion de ^{GLYOBLASTOME} ~~glioblastome~~-temporo-occipital droit.

Transfert en neuro-chirurgie.

Le malade a été mis au traitement par le Tétracactide ordinaire à raison de 2 ampoules par jour pendant 21 jours puis 2 ampoules tous les deux jours pendant 5 jours.

Mais le malade s'est enfoncé progressivement et est finalement décédé de l'évolution de son syndrome.

En conclusion : échec.

OBSERVATION N° 37

Monsieur B., âgé de 26 ans s'est plaint au début de céphalées sans signes d'accompagnement ; puis apparition progressive d'une hémiplégie gauche spasmodique.

Le malade fait des crises convulsives de type Bravais-Jacksonienne du membre supérieur gauche avec sensations visuelles suivies de pertes de connaissance.

Intervention en neuro-chirurgie : ablation partielle d'un Glyoblastome polymorphe fronto-temporal droit.

Après l'intervention légère aggravation du déficit gauche.

Le malade à l'arrivée dans le service est grabataire, conscient et très coopérant.

On tente un traitement par Tétracosactide ordinaire à raison de une ampoule intramusculaire matin et soir pendant neuf jours puis relais par la forme retard : une ampoule à 0,5 mg tous les deux jours pendant 6 jours l'évolution a été marquée par des céphalées avec vomissements ; puis apparition d'épisodes de contractures toniques, indolores. Durant le traitement on a observé des poussées fébriles.

L'électro-encéphalogramme montre des signes d'altération traduisant la reprise précoce du processus néoplasique.

Monsieur B. meurt 15 jours après le début du traitement.

En conclusion : échec.

OBSCURATION N° 30

Madame T..., âgée de 30 ans après un avortement est entrée dans le coma.

Elle est en très mauvais état général, ~~relaxé~~.

Elle se plaint de douleurs diffuses, contractures très importantes.

De plus, nombreux clochers fébriles.

Pendant neuf jours elle a reçu de l'Hydrocortisone

On décide de la mettre au Tétracosactide ordinaire à raison de 1 ampoule par jour pendant 8 jours, puis d'1 ampoule tous les deux jours pendant un mois et demi, et enfin une ampoule tous les 3 jours pendant 15 jours.

Au cours de l'évolution on peut noter une légère diminution des douleurs. D'autre~~s~~ part les clochers fébriles disparaissent.

Mais pas de modification de l'état de conscience.

La tolérance a été bonne.

En conclusion : échec.

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - ALBARANES S. Contribution à l'étude du traitement des accidents vasculaires cérébraux par l'A.C.T.H. et la post hypophyse.
Thèse Médecine Marseille 1968 (dactylographiée)

- 2 - ALAJOUANINE T., CASTAIGNE P. et LHERMITE F.
A propos du traitement de la sclérose en plaques par la Cortisone.
Rev. Neurol. 1956 94 n° 4 352

- 3 - ALEXANDER L., BERKELEY A.W. et ALEXANDER A.M.
Multiple sclerosis, prognosis and treatment.
Springfield Ill Thomas 1961

- 4 - ALEXANDER L. et CASS L.J.
L'état actuel du traitement par l'A.C.T.H. dans la sclérose en plaques.
Ann. of Int. Med. mars 1963 58 n°3 454-471

- 5 - ANGSTWURM H. et FRICK E.
Traitement par corticostéroïdes dans la sclérose en plaques.
Münch. Med. Wschr. 25 sept. 1964 106 n° 39 1718-1721

- 6 - ASFELDT W. H.
Corticostéroidogenic effect of long acting beta 1-24 Corticotrophin.
Acta Med. Scand. 1968 184-379

- 7 - BARTKO D. et al.
The possibility of using A.C.T.H. inverse forms of multiple sclerosis.
Cesk. Neurol. 1967 30 I 42-47

- 8 - BERNARD WEIL E., DAVID M., PERTUISET B., HIRSCH J.F.
et FISCHGOLD H.
Effet d'une association vasopressine-corticoïdes chez des malades porteurs d'astrocytome malin ou de métastases cérébrales.
Neurochirurgia 1968 14/4 189-199

- 9 - BERNSTEIN
Rapid progress produced for research in multiple sclerosis.
J.A.M.A. 32 mai 1967 200 8 Med. news p. 24

10 - BLOMBERG L.H.

Commentaires sur le traitement de la sclérose en plaques
avec l'A.C.T.H.

Acta Neurol. Scand. ¹⁹⁶⁵ 41 (2) suppl. 13 485-487

11 - BOCK H.E.

Kortikosteroïdtherapie neurologischer Erkronkingen mit
besonderer Berücksichtigung der Nebenwirkungen.

Rev. therap. 1966 33 112

12 - BOMAN K. et al.

A.C.T.H. treatment of multiple sclerosis.

Duodecim 1966 82 867-873

13 - BOUCHARD Ch., SINDOU M. et TIMBAL Y.

L'hypertension intra-crânienne.

La France Médicale, Mai 1969 5 195-207

14 - CADOT P.L.F.

Etude critique de la corticothérapie dans le traitement
de la sclérose en plaques.

Thèse Paris 1957

15 - CARON J.P.

L'hypertension intra-crânienne aigüe et son traitement.

Cahiers Coll. Méd. Hôp. Paris 30 mai 1967 8 6 495-501

16 - CASS L.J., ALEXANDER L. et ENDERSEN M.

Complications du traitement par la corticotrophine dans la
sclérose en plaques.

J.A.M.A. 18 juil. 1966 197 n° 3 173-178

17 - CAZZULLO C.L., LUBAN B. et MONTANINI R.

Notes préliminaires sur l'emploi de l'A.C.T.H. synthétique
dans le traitement de la sclérose en plaques.

Minerva Med. 17 nov. 1964 55 n° 92 3651-3656

18 - CENDROWSKI W.S.

Etude suivie du traitement de la sclérose en plaques
par corticotrophine.

Psychiat. Neurol. 1967 154 n° 2 65-77

19 - CLAISSE R., SUQUET Y. et ANDREOLI G.

Le Métacortandracine dans le traitement des scléroses en plaques (étude clinique de 56 cas).

Soc. Med. Hôp. Paris Séance du 9 mars 1956

20 - COSSA P., DARCOURT G., BOUCEBICI et CAPDEVILLE C.

Premiers essais de traitement des accidents vasculaires cérébraux par la méthode anti-oedème de Bernard Weil.

Rev. Neurol. Nov. 1966 114 211-212

21 - CRUCIO F.I. et al.

Massive corticotherapy in the recurrent episodes of multiple sclerosis.

Sem. Med. (B. Aires) 1963 8 123 540-541

22 - DALAYEUN J., LEFANCONNIER J.M. et WITCHITZ S.

Maladie de Friedreich avec douleur angineuse.

Coeur et Médecine interne Juill 1965 4 3 407-409

23 - DARCOURT G. et al.

La corticothérapie dans le traitement des accidents vasculaires cérébraux. Bilan actuel.

Nice Med. 1968 6 (5) 177-179

24 - FACON E. et SCHWARTZ B.

Le traitement hormonal de l'oedème cérébral des accidents cérébro-vasculaires.

Presse Médicale 1964 41 2377-2379

25 - FOGT T.

Long-term treatment of multiple sclerosis with corticoïds.

Acta Neurol. Scand. 1965 41 (suppl. 13, part. 2) 473-484

26 - GALICICH J.H., FRENCH L.A. et MELBY J.C.

Use of dexamethasone in treatment of cerebral edema associated with brain tumors.

Lancet 1961 81 46-53

27 - GILLAND O. et al.

The effect of A.C.T.H. on E.M.G. in multiple sclerosis patient.

Acta Neurol. Scand. 1965 41 120-126

28 - GLASER G.H. et MERRIT H.H.

Effect of corticotrophin (A.C.T.H.) and cortisone on disorders of the nervous system.

- 29 - GLASER G.H.
Les corticostéroïdes et l'A.C.T.H. dans les affections nerveuses.
World Neurology 1960 I 12-21
- 30 - GOUTELLE A., BRUNON J. et RAYON R.
Place du Synactène dans le traitement de l'oedème cérébral.
G.M. de France 15 déc. 1969 76 31 6462-6467
- 31 - GUIOT G. et LONGIE S.
Le traitement médical de l'oedème cérébral.
Rev. Praticien ¹⁹⁶⁹ 19 3389-3393
- 32 - HRAZDIRA C. et al.
A.C.T.H. in the treatment of systemic sclerosis.
Cesk. Neurol. 1967 30 (1) 48-51
- 33 - JEQUIER M. et ROSSEL P.A.
A propos du traitement de la sclérose en plaques
(transfusions et A.C.T.H.).
Rev. med. Suisse Rom. Juil. 1963 83 n° 7 623-628
- 34 - JEQUIER M.
Traitement de la sclérose en plaques - Remarques pratiques.
Rev. Thérap. 1966 23 104
- 35 - JERUSALEM F.
Die Behandlung der multiplen Sklerose.
J. Suisse Med. 1968 98 1907
- 36 - JOHNS T.R.
Multiple sclerosis
Curr. therapy 1964 p. 531
- 37 - JULIEN J. et ARNE L.
Intérêt de la corticothérapie dans les accidents vasculaires
cérébraux.
Concours méd. 1965 87 (52) 7790
- 38 - KAESER H.E.
Glucocorticoïde in der Neurologie.
Selecta 1967 9 1318
- 39 - KAESER H.E.
Welche Therapie verspricht heute den besten Erfolg bei
multipler Sklerose.

40 - LABORIT

Réanimation des traumatisés crâniens non chirurgicaux.

IMMEX juill-août 1966 3 7/8 653-660

41 - LAPRAS C. et coll.

Indications thérapeutiques dans les hémorragies
cérébrales non traumatiques.

Lyon méd. 1965 97 N° 50 1323-1327

42 - LICHTIGFELD F.J.

Steroïds and disseminated sclerosis.

Brit. Med. J. 1963 5364 (10) 1067-1068

43 - MAJORAND G. C.

Traitement par les corticoïdes des accidents vasculaires
cérébraux.

Riforma Med. 1967 4 91

44 - MARFORIO S. et MASTRUZZO A.

Réactions psychotiques chez des malades atteints de sclérose
en plaques pendant le traitement par l'A.C.T.H. et les corticoïdes.

Rass. studi psichiat. 1968 57 (4) 155-156

45 - MARSHALL F. et HOECK E.

Der Effekt des Adrenocorticotropen Hormons auf die
symptomatik der multiplen Sklerose.

J. Suisse Med. 1963 93 1331-1334

46 - MARTIN E.A. et al.

A controlled trial of A.C.T.H. in multiple sclerosis.

J. Irish Med. ass. 1964 54 (5) 146-149

47 - MILLAR J.H.D., VAS C.J., MORONHA M.J., LIVERSEDGE L.A.
et RAWSON M.D.

Traitement prolongé de la sclérose en plaques par la
corticotrophine.

Lancet 26 août 1967 n° 7513 429-431

48 - MILLER H.G.

Encéphalomyélite disséminée aiguë traitée par l'A.C.T.H.

Brit. Med. J. 24 janv. 1953 n° 4803 177-183

49 - MILLER H., NEWELL D.J. et RIDLEY A.

Sclérose en plaques : traitement des accès aigus par la corticotrophine
(A.C.T.H.)

Lancet 18 nov. 1961 n° 7212 1120-1122

50 - MILLER H., NEWELL D.J. et RIDLEY A.

Sclérose en plaques (essais de traitement d'entretien par la Prednisolone et l'aspirine soluble).

Lancet 21 janv. 1961 N° 7169 127-129

51 - MILLER H.

The treatment of multiple sclerosis

Practitioner 1964 192 62

52 - MOLLARET P.

La maladie de Friedreich.

Thèse Paris 1929

53 - MOUREN P., TATOSSIAN A., BILLE J. et Chabert G.

Intérêt des perfusions d'A.C.T.H. dans le traitement des poussées évolutives de sclérose en plaques.

Marseille Méd. 1964 101 N° 3 198/201

54 - OTTO D.

Traitement de la sclérose en plaques par les corticoïdes.

Deutsche Zschr. Nervehh. 1963 185 n° 2 159-169

55 - PAULLEY J.W.

Treatment of multiple sclerosis with corticotrophin.

Lancet 1961 II 1157

56 - PERES SERRA J., SOLDEVILLA, CARRERAS A., GRAU VECIANA J.M.
et BARRAQUER BORDAS L.

Ensayo del primer A.C.T.H. de sintesis de accion retardada en esclerosis en placas y en sindromes hipsavit-micos.

Med. clin. 1968 50 359

57 - PERTUISET B.

L'hypertension intra-crânienne et son traitement.

Médecine Interne janv. 1969 4 1 61-69

58 - PLUVINAGE R.

Quelques traitements nouveaux de la sclérose en plaques.

Sem Hôp. Paris 6 juil. 1957 33 n° 40 2332-2335

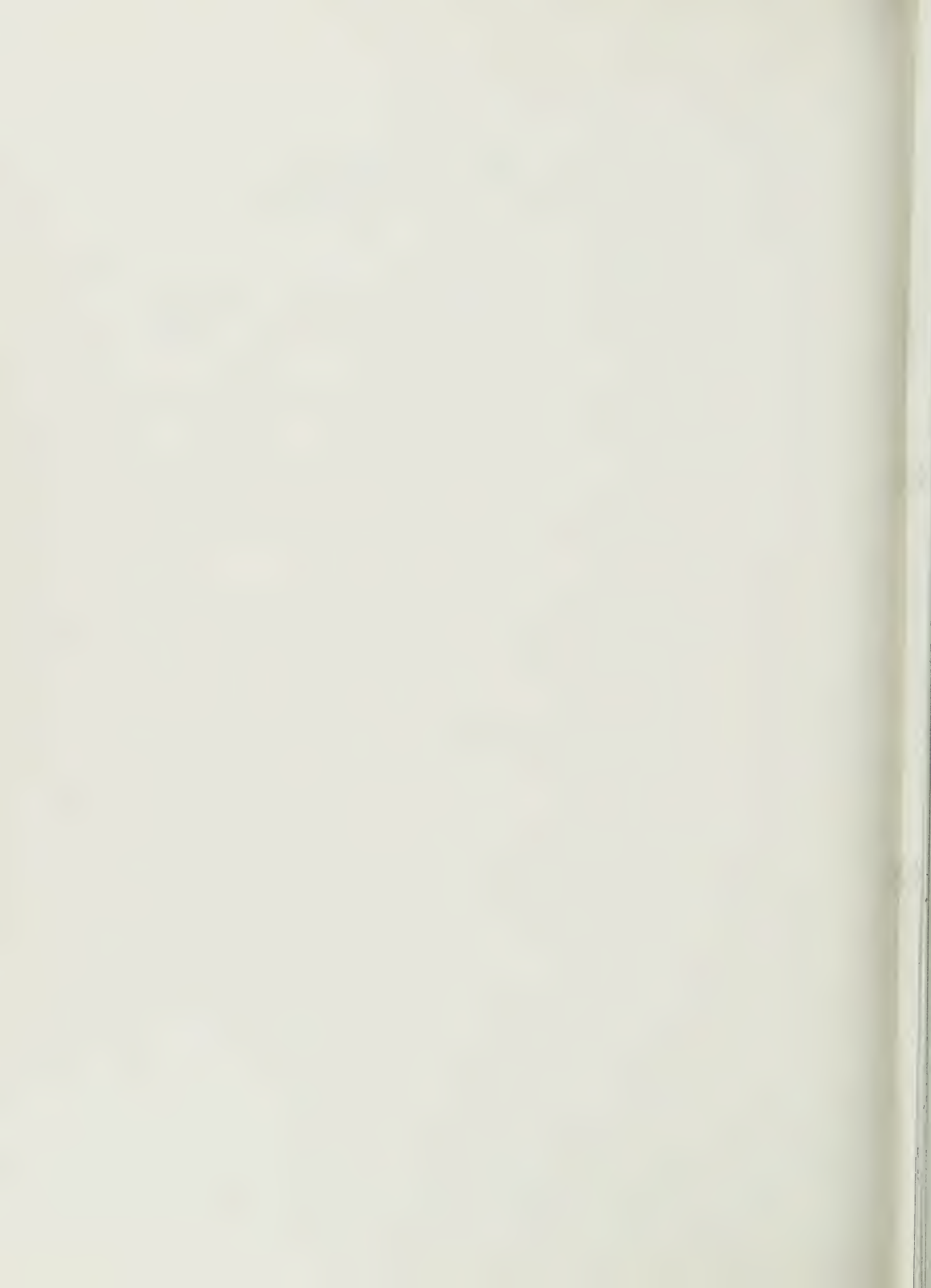
59 - POSTEL J. et COSSA P.

Note sur le traitement subcontinu d'un cas de sclérose en plaques par l'A.C.T.H. et la cortisone.

Rev. Neurol. 1955 92 n° 4 286-288

- 60 - RASMUSSEN T. et GULATI
Cortisone in the treatment of post-operative cerebral edema.
J. Neurosurg 1962 19 535-544
- 61 - RAVINA A.
Sclérose en plaques : traitement par la cortisone et l'A.C.T.H..
L'année thérapeutique 1952 84-85
- 62 - REIFENBERG E.
Treatment of multiple sclerosis with A.C.T.H.
Z. Aerztl. Fortbild 1961 55 (11) 1248-1251
- 63 - REIS G., SAHLGREN E. et JONSSON B.
L'A.C.T.H. et la cortisone dans le traitement de la
sclérose en plaques.
Acta psych. neurol. Scand. 1953 28 n°3-4 429-438
- 64 - RENSCHLER H.
Le traitement des formes chroniques progressives de la
sclérose en plaques avec l'A.C.T.H.
J. Med. Nord et Est 1969 6 n° 4 94-105
- 65 - REYES ARMLJO E.
Synacthène depot en padecimientos inflamatorios del
sistema nervioso. Inversification clinica.
Prensa Med. Mex. 1968 33 288
- 66 - RILEY P.A.
Steroids and disseminated sclerosis.
Brit. Med. J. 1963 II 808
- 67 - RINNE U.K., SONNINEN V. et TUOVINEN T.
Traitement de la sclérose en plaques par la corticotrophine.
Acta Neurol. Scand. 1968 44 n° 2 207-218
- 68 - ROBERT R.
Remarques sur quelques traitements récents de la
sclérose en plaques (dérivés cortisoniques).
J. Med. Chir. prat. oct. 1958 n° 2 129 1211-1217
- 69 - ROSE A.S. et coll.
Symposium sur l'évaluation du traitement de la sclérose
en plaques ; A.C.T.H. vs placebo dans les exacerbations aiguës.
Neurology juin 1968 18 n° 6 part 2 1-19

- 70 - RUSSEK H.I., RUSSE A.S. et ZOHAR B.L.
Cortisone in immediate therapy of apopleptic stroke.
J.A.M.A. 1955 159 102-107
- 71 - SCHÄR J.
Expérience avec l'A.C.T.H. dans la sclérose en plaques.
Schweiz Med. Wschr. 25 sept. 1965 95 N° 39 1289-1296
- 72 - SIGWALD J., HERBERT H., QUETIN A. et CLEMENT
Etude critique du traitement de la sclérose en plaques
par l'hydrocortisone intrarachidienne.
Sem. Hôp. Paris 22 mars 1957 n° 28 1149-1153
- 73 - SIGWALD
Le traitement actuel de la sclérose en plaques.
La clinique mars 1967 62 629 195-200
- 74 - TOURTELOTTE W.W. et al.
Use of an oral corticostéroïd in the treatment of
multiple sclerosis.
Arch. Neurol. 1964 14 (6) 595-597
- 75 - VAN BUSKIRK C. et al.
Treatment of multiple sclerosis with intrathecal steroids.
Neurology 1964 14 (6) 595-597
- 76 - ZIEGLER
Newer steroids in non viral encephalitis.
Med. Clin. North Amer. sept. 1967 51 5 1189-1202



Paris, le 7 avril 1970

Le Président de Thèse

Le Doyen Honoraire
Administrateur Provisoire de
La Faculté de Médecine de Paris.

A. GROSSIORD

G. BROUET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

Page 10 of 10

Page 10 of 10

Page 10 of 10

Page 10 of 10

Page 10 of 10

Page 10 of 10

Page 10 of 10

Page 10 of 10

